

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René PRIEUR

Né le 13 octobre 1903, à Rablay (Maine-et-Loire)

Interne des Hôpitaux d'Angers

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ILÉUS RÉFLEXE

AU COURS DE LA

LITHIASÉ RÉNO-URÉTÉRALE

Président : M. LOEPER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René PRIEUR

Né le 13 octobre 1903, à Rablay (Maine-et-Loire)

Interne des Hôpitaux d'Angers

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ILÉUS RÉFLEXE

AU COURS DE LA

LITHIASÉ RÉNO-URÉTÉRALE

Président : M. LOEPER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

DOYEN... M. ROGER.
I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeurs sans chaire.	{ BRANCA.
	{ MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.). Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MERCIER (F.). Pharmacologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE. . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.. Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

*En témoignage d'affection et
de reconnaissance de tout ce
qu'elle a fait pour nous.*

A MA SCEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

*En témoignage de profonde
affection.*

A MES ONCLES ET TANTES

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET
DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOQUEL

Professeur de Clinique Obstétricale
Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Angers
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRIN

Professeur de clinique chirurgicale
Membre de la Société Internationale de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENECHAU

Professeur de Clinique Médicale
Chevalier de la Légion d'honneur

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur

*Nous le remercions du grand
honneur qu'il nous a fait en ac-
ceptant la présidence de cette
thèse.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ILEUS RÉFLEXE
AU COURS DE LA
LITHIASÉ RÉNO-URÉTÉRALE

INTRODUCTION

Il est classique que la lithiasé rénale, dans ses complications tout au moins, s'accompagnent de troubles digestifs de type variés. Jointes aux symptômes habituels de la colique néphrétique surtout, ils ne sont alors que des phénomènes associés laissant la première place au syndrome typique qu'ils ne modifient qu'à un faible degré.

Parfois pourtant, ils se manifestent avec une intensité et une exclusivité telle qu'ils prennent le pas sur tous les autres signes. Leur valeur ainsi est grande puisqu'ils peuvent effacer le tableau de la lithiasé rénale simple ou compliquée soit, comme l'indique le professeur Loeper dans une de ses leçons, qu'ils siègent sur l'estomac, l'intestin ou le rectum.

De ces manifestations à trois étages celles qui intéressent l'intestin semblent les plus importantes

à connaître et surtout en France, depuis les observations du Professeur Quénu, on sait combien les phénomènes d'occlusion intestinale qui éclatent d'une façon si soudaine, masquant ainsi les phénomènes rénaux urétéraux et urinaires, peuvent prêter à confusion au point d'amener un chirurgien averti à intervenir sur l'organe qui vraiment n'est pas en cause. C'est un fait semblable, dû à l'obligeance de nos maîtres les professeurs Denéchau et Brin, qui nous a décidé à étudier, après d'autres d'ailleurs, d'une façon plus complète cette question si troublante et à en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Au cours de notre internat dans le service de clinique médicale de l'hôtel Dieu d'Angers, notre maître le professeur Denéchau avait déjà attiré notre attention sur ce sujet digne d'intérêt à l'occasion d'un autre cas assez semblable qui n'aboutit pourtant pas à l'iléus complet.

Enfin quatre autres faits dus à nos maîtres également sont venus se joindre aux précédents. Cela constitue cinq observations inédites qui serviront vraiment de base à ce travail. Nous y ajouterons les cas publiés antérieurement, tant en France qu'à l'étranger. Nous avons noté en effet que cette question un peu passée sous silence, ces dernières années, en France et en Allemagne, a fait l'objet récemment dans la littérature Américaine et Italienne de travaux assez importants que nous nous sommes faits un devoir de consulter. Nous croyons ainsi apporter un complément d'enquête à cette étude qui, pour ne pas

être tout à fait nouvelle, n'en reste pas moins insuffisamment connue au point d'amener des erreurs thérapeutiques parfois graves, notre cas précédemment cité en fait foi. Nous tenons, ici, à exprimer à notre maître le professeur Denéchau tous nos remerciements pour le dévouement inlassable et les conseils éclairés qu'ils nous a prodigués tant pour ce travail qu'au cours de nos études médicales et nous le prions de bien vouloir accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude. Nos remerciements vont aussi à M. le Dr Brin, professeur de clinique chirurgicale qui s'est empressé pendant notre stage d'interne de nous donner ces faits personnels d'un si haut intérêt.

HISTORIQUE

Ce sujet que nous nous sommes proposés n'est pas neuf. En effet si nous consultons la littérature médicale, nous trouvons des observations qui remontent à l'année 1887. Précédemment en 1860 Duchaussoy signalait les pseudo-étranglements, peu après Henrot en faisait l'objet de sa thèse. Dans l'union médicale (1887), Desnos relate deux observations d'étranglement intestinal survenu au cours de colique néphrétiques.

C'est le professeur Guyon qui, dans ses leçons, insiste le premier sur l'importance des accidents intestinaux au cours de la lithiase rénale, accidents qui, en s'exagérant, peuvent simuler une occlusion vraie et faire penser à un acte chirurgical. Guyon connaissait bien ces phénomènes de pseudo-occlusion pour les avoir observés sur lui-même. Nous nous permettons de rappeler ici son observation fort intéressante :

« Pris au cours de la nuit d'un état douloureux lombodorsal, je remarquai le matin que j'avais le ventre ballonné et que je ne rendais pas de gaz, je ne me souviens pas si j'avais des vomissements, je me rendis compte de ma situation et j'envoyai mon cocher à Necker dire que je ne pourrais faire les visites. J'étais seul à Paris : c'était au

cours de l'été. J'avais raconté à mon domestique ce que j'éprouvais; il le narra au cocher et celui-ci répondit aux personnes de mon service que j'avais l'intestin bouché. Trélat alors chirurgien à Necker apprit ces détails et s'empessa de venir me voir. Il me conseilla de faire des injections sous-cutanées de morphine dosées à un quart de centigramme chaque heure jusqu'à sédation. Je commençai aussitôt et ne tardai pas à ressentir du calme. En quelques heures les douleurs s'apaisent et bientôt après je commençai à rendre des gaz. Trélat revint au commencement de l'après-midi et fut satisfait de ces bons indices. Cette seconde visite m'avait un peu surpris et je n'eus l'explication de cet empressement amical que dans la suite. Cet excellent ami m'avait cru atteint d'obstruction intestinale. Il avait pris, paraît-il, toutes ses mesures pour me laparotomiser. »

Cette notion de pseudo-occlusion a été vulgarisée ensuite par le Pr Legueu dans sa thèse de 1894 sur les calculs du rein et de l'uretère. Il dit notamment que le ballonnement du ventre peut devenir si intense à chaque colique néphrétique que l'on diagnostique à première vue une occlusion véritable et il ajoute que la tympanite est due à une paralysie réflexe de l'intestin.

En Allemagne, plusieurs auteurs en 1901 ont étudié ces troubles intestinaux. Israël affirme qu'on lui avait adressé plusieurs fois des malades avec le diagnostic d'occlusion et qu'il avait failli les opérer, alors qu'il s'agissait simplement chez eux de coliques néphrétiques. Wilms dans le « *Deutsche chirurgie* » ne craint pas de dire que les manifestations intestinales d'origine lithiasique ressemblent d'une façon étrange à l'iléus par étranglement; un médecin

viennois Sternberg, en 1901, rapporte plusieurs observations dans lesquelles le diagnostic est hésitant entre une occlusion et une appendicite jusqu'au moment où le malade expulse son calcul rénal. Un auteur américain Stewart en 1905 publie dans un mémoire des cas semblables. Ces faits sont résumés dans la thèse de Sourdille en 1907. Ce dernier en effet traite d'une façon générale les troubles digestifs rencontrés dans la lithiase rénale sans s'attacher spécialement à l'iléus paralytique, il n'apporte pas d'observation personnelle, il emprunte ses documents cliniques à Sternberg.

Depuis ce travail deux noms sont principalement à retenir en France, celui du Professeur Quénu en 1913 et celui du Professeur Loeper l'année suivante. Le premier décrit dans une remarquable étude parue dans le *Bulletin Médical* des 5 et 8 mars 1913, les symptômes d'occlusion intestinale de la colique néphrétique. Les ayant éprouvés, lui-même, il nous donne sa propre observation et il ajoute celles de Gosset, Moutier, Dreyfus que nous résumerons plus loin. Il explique ensuite la pathogénie des faits, cherche à établir le diagnostic différentiel d'où dépendront le pronostic et le traitement. Quand au second, c'est dans une de ces magistrales cliniques en 1914 que nous trouvons une étude complète de toutes les manifestations gastro-intestinales de la colique néphrétique, sans négliger ce qui se rapporte à l'estomac et au rectum, soulignons ici la mise au point véritable de l'iléus réflexe d'origine

lithiasique. S'appuyant sur les travaux précédents, sur ceux de Quénu, entre autres, il les expose d'une façon lumineuse y ajoutant un fait personnel du plus haut intérêt. C'est à cette double source du reste que nous avons puisé une partie de nos documents. A partir de cette époque et dans les mêmes années 1913 et 1914 ces accidents lithiasiques étant plus connus, il fut signalé de nouveaux cas. Lebesconte dans sa thèse sur l'iléus fonctionnel pour énumérer, parmi les nombreuses causes de l'iléus, la colique néphrétique, s'appuie sur une observation nouvelle due à l'obligeance du Dr Vignard. A la Société des Chirurgiens de Paris Thévenard, Huguier, et Parvu relataient deux autres cas. Il faut citer encore le travail de Guillaume en 1922 où les occlusions lithiasiques ne sont qu'esquissées, puis deux faits intéressants en 1925 : l'un de Mitry de Nantes et rapporté par Michon à la société française d'urologie : c'était une femme qui présentait à la fois une anurie calculuse et un iléus réflexe, l'autre de Gayet et Ricard à la société de chirurgie de Lyon : il s'agissait d'un cas d'occlusion aiguë opéré et lié à un méga-uretère avec lithiase rénale, et enfin la clinique de L. Ramond en 1926 sur la colique néphrétique où cet auteur attire l'attention du praticien sur les formes anormales : formes flatulentes de Loeper, formes pseudo-occlusives. Il rappelle à cette occasion l'observation du Professeur Quénu.

A l'exception de ces quelques travaux, nous devons dire que les publications sur le sujet, qui nous

intéresse, sont bien peu nombreuses en France depuis le début de la guerre alors qu'à l'étranger, il ne semble pas en être ainsi. En Angleterre, Eisen-drath, en 1916, consacrait un article sur l'iléus réflexe d'origine rénale. En Espagne, Gil Vernet et Gallart, de Barcelone découvrait chez l'homme en 1919 le ganglion sympathique mésentérique inférieur, établissant ainsi, entre les organes de l'appareil génito-urinaire et la partie terminale du tube digestif une nouvelle communication nerveuse qui expliquerait le réflexe réno-intestinal. En Amérique, Wièse Hammer de Philadelphie, en 1921, raconte qu'à la clinique Mayo, sur un grand nombre de malade atteints de calculs de l'uretère, on trouve huit malades qui présentaient une douleur abdominale généralisée, sans localisation, avec vomissements et spasme intestinal faisant absolument penser à une obstruction. Parmi eux, trois avaient été opérés antérieurement pour occlusion intestinale. Martini, de Buenos-Aires, en 1926, parle des troubles digestifs avec calculs dans les reins. Ginsberg, de Philadelphie, en 1928, passe en revue les symptômes d'obstruction urétérale et les affections abdominales qu'ils peuvent simuler. Il signale un cas d'occlusion intestinale réflexe à point de départ calcul urétéral. Mais ce sont surtout les auteurs Italiens qui se sont attachés à ce sujet après la guerre. En 1919 Frugoni attirait l'attention sur un syndrome particulier de pseudo-occlusion dans la lithiase urétérale, il rapporte trois observations ;

d'après lui, ce syndrome n'est signalé avec netteté que dans un travail de Ferrio (1908) oubliant ainsi trop facilement les ouvrages Français que nous avons cités. Lucri, en 1927, Ceconi, en 1928 écrivent chacun un article sur les troubles gastro-intestinaux au cours de la lithiase rénale. Lussana en 1928, également, présente un cas dans lequel il s'agissait du syndrome d'obstruction intestinale avec abcès lombo-illiaque dû à un calcul.

Devant cette liste, déjà, longue de travaux, suscités par cette question nous devons nous étonner peut-être qu'elle ne fasse l'objet que d'une courte mention dans nos classiques, aussi essaierons-nous de rappeler à nouveau l'attention sur elle et d'en montrer l'importance dans l'étude qui va suivre.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Comment expliquer ces phénomènes d'iléus au cours de la lithiase réno-urétérale ? Deux causes ont été envisagées : une cause toxique, une cause réflexe. La première a été soutenue par deux auteurs seulement (Gayet et Chevassu), pour eux, l'iléus est dû à une intoxication azotémique, hypothèse qu'ils ont émise au cours de la discussion provoquée à la société de chirurgie de Lyon et à la société française d'urologie au sujet des observations que nous rapportons. Comme nous le signalons dans notre étude clinique, il faudrait pratiquer sur chaque malade différents examens, rechercher les coefficients azoturiques, la constante d'Ambard pour vérifier cette hypothèse et trancher ainsi la question. La deuxième cause est la plus vraisemblable et mérite toute notre attention. Pour la plupart des auteurs en effet, avec les Professeurs Quénu et Loeper, le mécanisme de l'iléus est d'ordre réflexe, réflexe émané du plexus rénal. Un rappel des notions anatomiques est nécessaire pour nous faire comprendre les relations étroites qui unissent ainsi le rein et l'intestin.

Le grand sympathique n'est plus, comme on le pensait autrefois, un système à part autonome, isolé.

Né du mésencéphale, du bulbe et de la moelle, ses fibres centrifuges et centripètes sont en rapport étroit avec l'axe cérébro-spinal. Sa portion périphérique se compose essentiellement de trois groupes

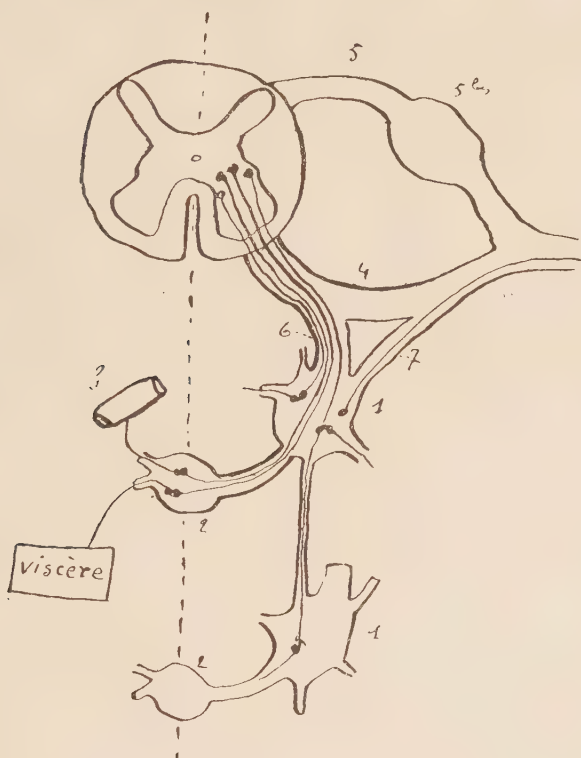


Schéma n° 1. — Le Grand Sympathique.

1. Ganglion latéro-vertébral. — 2. Ganglion médian. — 3. Vaisseau. — 4. Racine antérieure. — 5 et 5 bis. Racine postérieure et ganglion spinal. — 6. Rameau communicant blanc contenant les fibres pré-ganglionnaires. — 7. Rameau communicant gris.

ganglionnaires reliés entre eux par des fibres nerveuses. Le premier groupe est une série de ganglions disposés le long du rachis de chaque côté, un

pour chaque vertèbre, c'est la chaîne sympathique thoraco-lombaire, qui est rattachée à la moelle par les rami-communicants. De ces ganglions partent des fibres qui vont directement aux viscères ou suivent les vaisseaux ; le long de leur trajet se constitue le deuxième groupe ganglionnaire réparti en plusieurs plexus et situés en avant du rachis, ce sont, pour nommer ceux qui nous intéressent, le plexus solaire, le plexus lombo-aortique et en dessous le plexus hypogastrique ; enfin sur les rameaux viscéraux se dispose le troisième groupe de ganglions souvent microscopiques que l'on appelle juxta viscéral ou intraviscéral suivant qu'ils se logent dans les parois mêmes des organes ou dans leur voisinage immédiat comme les plexus d'Auerbach et de Meissner dans l'intestin.

Outre les rameaux communicants, des fibres, venues des cellules des cornes latérales de la moelle par la racine antérieure du rachis, s'articulent dans ces ganglions avec les cellules dont les cylindraxes dépourvus de myéline gagnent les viscères (estomac, intestin, rein) en suivant leurs artères ou en s'accolant aux nerfs rachidiens correspondants dont ils partagent la distribution. Un système est annexé au grand sympathique, c'est le parasympathique dont les fibres ont pour origine réelle des noyaux organiques siégeant dans l'axe nerveux central. Suivant leur origine, on distingue d'une part, le parasympathique crânien, qui se trouve à l'extrémité céphalique, dont les rameaux sont destinés aux yeux,

aux glandes salivaires et au tube digestif surtout, par le rameau organique du pneumogastrique qui joue un rôle si important dans les fonctions intestinales et dont les fibres préganglionnaires se dis-

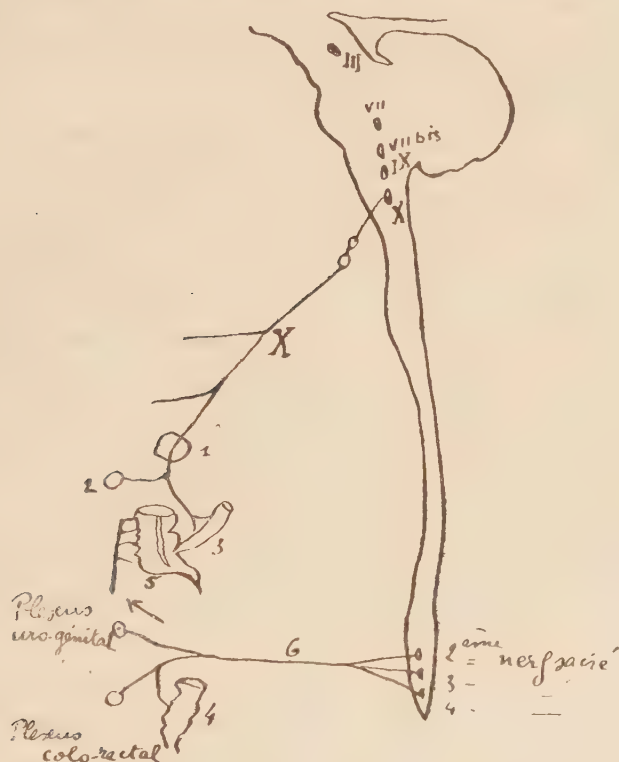


Schéma n° 2. — Parasympathique cranien et pelvien.

X. pneumogastrique. — 1. Plexus solaire. — 2. Plexus d'Auerbach.
— 3. Partie terminale de l'iléon. — 4. Rectum. — 5. Cœcum innervé
par le parasympathique pelvien.

tribuent, à la fois, à l'appareil digestif et rénal, d'autre part le parasympathique sacré qui provient des rameaux communicants des deuxième, troisième et quatrième nerfs sacrés, ces rameaux s'unissent

pour former le nerf pelvien ; celui-ci se divise en deux ordres de filets constituant deux plexus : l'un antérieur uro-génital, qui donne des fibres à la vessie, à l'uretère et au bassinet ; l'autre postérieur colo-rectal, qui innerve le rectum et le colon jusqu'à la région de la valvule iléo-cæcale où il rencontre le parasymphathique crânien.

Après cette vue d'ensemble, il nous faut décrire plus particulièrement la portion de ce vaste système commune aux deux organes qui nous intéressent, le rein et l'intestin : c'est le plexus solaire. Il est constitué par une série de ganglions dont les principaux sont les deux ganglions semi-lunaires et les deux ganglions aortico-rénaux. Les deux ganglions semi-lunaires placés de chaque côté de l'aorte, reposent sur les piliers du diaphragme, ils reçoivent au niveau de leur corne externe le nerf grand splanchnique qui provient des 6^e, 7^e, 8^e, 9^e et 10^e ganglions thoraciques. Le ganglion semi-lunaire droit, reçoit en outre, au niveau de sa corne interne, le pneumogastrique, l'ensemble constituant alors l'anse de Wrisberg. Dans leur concavité se terminent des filets du nerf phrénique, à leur convexité aboutissent des filets du petit splanchnique qui naît des derniers ganglions thoraciques 10, 11 et 12. Sur le trajet du petit splanchnique se trouve toujours un petit ganglion dit ganglion splanchnique supra-rénal. Quelquefois le petit splanchnique est double, le rameau inférieur s'appelle splanchnique inférieur ou nerf rénal postérieur de Walter. Au-dessous des ganglions

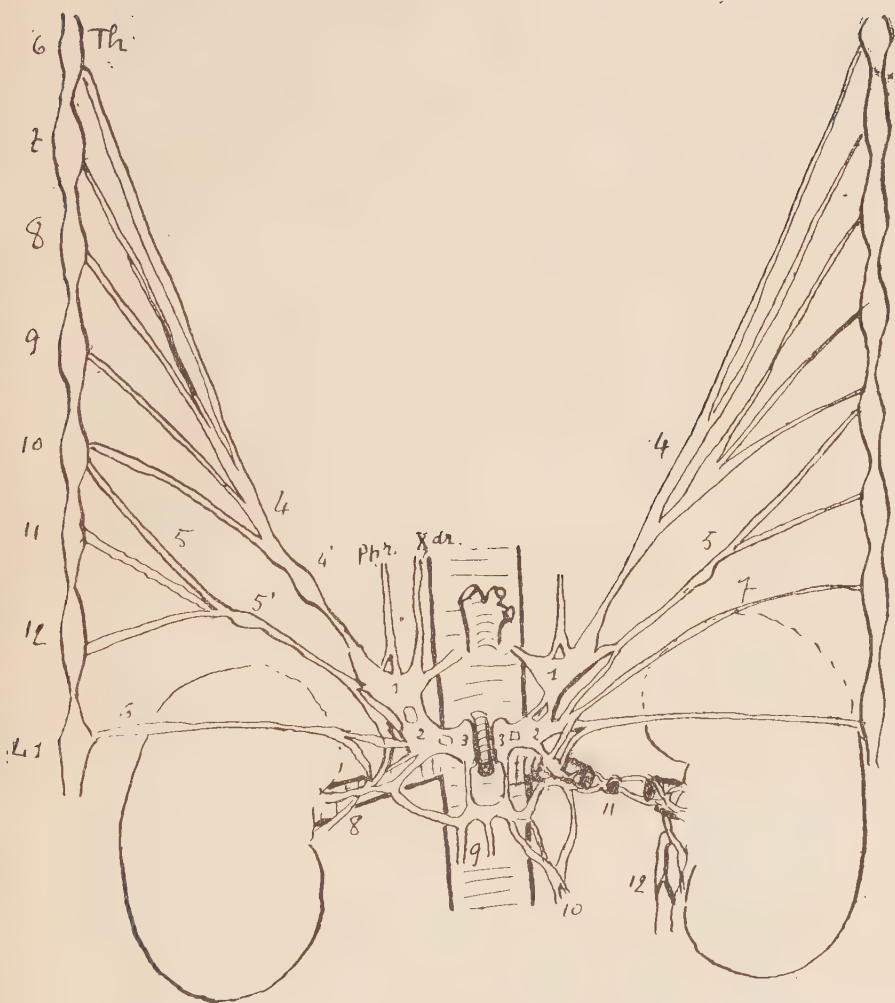


Schéma n° 3. — Montrant les relations des différents plexus.

1. Ganglions semi-lunaires. — 2. Ganglions aortico-rénaux. — 3. Ganglions mésentériques supérieurs. — 4 et 4'. Grand splanchnique et ganglion d'Arnold. — 5 et 5'. Petit splanchnique avec son ganglion supra-rénal. — 6. Rameau lombaire. — 7. Splanchnique inférieur ou nerf rénal postérieur. — 8. Plexus rénal. — 9. Plexus aortico-lombaire. — 10. Plexus spermatique. — 11. Ganglion rénal postérieur. — 12. Plexus urétéral.

semi-lunaires et rattachés à eux par des rameaux aplatis, sont situés les ganglions aortico-rénaux qui reçoivent par leur bord externe la plupart des filets du petit splanchnique et le splanchnique inférieur ainsi que plusieurs fins rameaux provenant du 1^{er} ganglion sympathique lombaire. Ils sont unis aux ganglions mésentériques dont les fibres s'engagent avec l'artère mésentérique supérieure entre les deux feuillets du mésentère pour se terminer dans les parois de tout l'intestin grêle et de la moitié droite du gros intestin. Au dessous du plexus solaire et lui faisant suite, se trouve le plexus lombo aortique qui enlance l'aorte abdominale à partir des artères rénales. Il fournit le plexus mésentérique inférieur qui suit l'artère du même nom sur toute la moitié gauche du gros intestin.

N'envisageant maintenant que l'innervation de l'intestin, nous constatons que celui-ci reçoit une innervation double : premièrement du grand sympathique par des fibres qui viennent des grand et petits splanchniques, du plexus solaire, des ganglions mésentériques supérieur et inférieur, deuxièmement du parasympathique par des fibres du pneumogastrique et du nerf pelvien. De plus l'intestin contient dans ses parois trois plexus : le plexus d'Auerbach, situé entre les deux couches de la tunique musculieuse et constitué par des filets nerveux aplatis et largement anastomosés, et par des ganglions qui sont sous la dépendance des deux parasympathiques crânien et pelvien, le plexus de Meissner placé dans la sous-

muqueuse et possédant des ganglions plus petits nodaux, le plexus de Cajal ou interstitiel, intriqué dans les deux premiers, formé de cellules spéciales sur la nature desquelles on discute encore. Ces plexus produisent les mouvements de l'intestin. Les nerfs, dits moteurs, le grand sympathique et le parasympathique sont des nerfs modificateurs du mouvement, si le pneumogastrique et le nerf pelvien sont excités, ils provoquent de fortes contractions de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin, le grand sympathique et plus spécialement les splanchniques, excités, sont inhibiteurs, ils arrêtent ces mouvements.

Quant au rein, il est innervé par les plexus rénaux pairs qui suivent les gros vaisseaux avec lesquels ils pénètrent dans l'organe. Ils sont constitués, eux aussi, par des rameaux nerveux provenant de la partie inférieure du plexus solaire et particulièrement du ganglion aortico-rénal correspondant, à ces rameaux se joignent le nerf rénal postérieur ou troisième splanchnique, quelques filets d'origine du petit splanchnique, enfin un rameau lombaire provenant du 1^{er} ganglion de la chaîne sympathique lombaire et quelques filets issus du plexus aortico-lombaire. Le plexus entoure l'artère rénale en formant, autour d'elle, un épais réseau riche d'anastomoses. Dans le rein même, les nerfs suivent les plus fines ramifications vasculaires, ils se terminent dans les parois des petits vaisseaux, dans les corpuscules de Malpighi, dans les tubes urinifères, dans la cap-

sule, dans le bassin et les calices, dans le péritoine pré-rénal. Sur son trajet, le plexus rénal offre quelques renflements ganglionnaires dont l'un constant est le ganglion rénal postérieur d'Hirschfeld. Les plexus rénaux présentent des plexus collatéraux : le plexus surrénal, le plexus urétéral et le plexus spermatique qui est formé par des filets provenant des plexus rénaux, solaire et aortique et envoie des filets à la moitié inférieure de la portion abdominale de l'uretère, la portion pelvienne étant innervée par le plexus hypogastrique.

Comme nous le voyons maintenant, le plexus rénal est ainsi lié étroitement aux plexus sympathiques qui l'entourent et on comprend, alors, que toute irritation provoquée par un calcul ou par la migration de celui-ci du rein dans l'uretère, peut avoir pour résultat de paralyser ou d'exciter les différents éléments du plexus, ses connexions constantes avec le nerf mésentérique supérieur et inférieur déclenchent alors le réflexe réno-intestinal qui amène l'iléus. Ce réflexe a été étudié par Gil Vernet et Gallart, de Barcelone, en 1919, qui ont démontré par leurs dissections anatomiques, l'existence chez l'homme d'un ganglion sympathique au point d'émergence de l'artère mésentérique inférieure, établissant ainsi une communication nerveuse directe entre les organes de l'appareil génito-urinaire et la partie terminale du tube digestif. Ce réflexe réno-intestinal, suivant que l'excitation se porte sur le vague ou le nerf pelvien, provoque l'augmentation du péristaltisme et

des spasmes douloureux de l'intestin, au contraire si l'excitation se porte sur le splanchnique, on observe de la paralysie des anses intestinales, si la réaction s'exerce à la fois sur la double innervation



Schéma n° 4. — Le rein gauche est basculé en avant et à droite pour montrer que le ganglion mésentérique inférieur envoie une branche ascendante au rein.

1. Ganglion mésentérique inférieur. — 2. Artère et plexus mésentériques inférieurs.

de l'intestin, on a alors un mélange de spasme et de paralysie intestinale comme l'ont présenté trois de nos malades qui ont été opérés (observ. II-V-IX). On comprend aussi, outre le réflexe réno-intestinal, comment se déclanchent, de la même façon, le réflexe

réno-rénal provoquant l'anurie qui a été observée dans le cas de Mitry (observ. VI), le réflexe réno-vésical qui a été rencontré dans un de nos cas (observ. IV) où le diagnostic d'hypertrophie prostatique chez un rétentionniste a été posé. Pour expliquer les phénomènes rectaux, entre autres, le ténésme si douloureux relaté dans quatre observations (VIII-XIX-XX-XXI) une action réflexe semblable n'est pas douteuse grâce aux connexions qui existent entre le plexus rénal d'une part, le plexus hypogastrique et le parasymphatique sacré, d'autre part. Pour Frugoni, le syndrome occlusif n'est que l'expression d'un arrêt du calcul dans la partie inférieure de l'uretère et, pour lui, le mécanisme de ce syndrome réside dans ce fait que l'uretère de l'homme, après avoir croisé le canal déférent et la partie supérieure de la vésicule séminale, pénètre obliquement dans la vessie, que dans ce trajet, il n'est séparé du rectum que par le cul-de-sac de Douglas, de là viennent les phénomènes de spasme rectal dus évidemment à des phénomènes irritatifs et réflexes de voisinage. Le Professeur Loeper avait déjà montré le rapport qui existe entre la localisation du calcul et la réaction intestinale correspondante pour les avoir plusieurs fois observées. C'est ainsi qu'il nous dit avoir trouvé du ballonnement dans la région de l'hypocondre droit, alors qu'il s'agissait de calculs de l'uretère droit. D'après Hepinghers, ce serait l'hyperexcitabilité nerveuse du système viscéral, dans le territoire du pneu-

mogastrique, qui serait cause des troubles gastro-intestinaux observés au cours de la lithiase rénale latente, sans aucun signe net rénal ou vésical.

Nous terminerons, avec Lucrè, en disant que la connaissance des voies nerveuses et sympathiques, unissant l'estomac et l'intestin au rein, bien que pas encore fixées d'une façon définitive (parce que les avis sont divergents au sujet de la fonction du sympathique sur les différents organes abdominaux), nous aide cependant à comprendre le mécanisme de ces réflexes variés et intéressants. Il faut attirer l'attention sur eux, pour que, en face d'un syndrome d'occlusion un peu anormale, on envisage l'éventualité que l'intestin peut être le siège d'un réflexe nerveux, à distance, ayant son point de départ dans le rein lithiasique:

ÉTUDE CLINIQUE

Le tableau clinique de l'iléus réflexe lithiasique ne diffère pas de celui observé, dans les autres formes d'occlusion aiguë, si ce n'est par des nuances difficiles à interpréter trop souvent. Le début en est brutal, c'est le premier point à mettre en valeur qui ne manque dans aucune de nos observations. Le patient en indique l'heure : c'est à 6 heures du soir chez un de nos malades (observ. I) que soudainement la crise intestinale a commencé. Il est à noter en outre qu'il est en général le premier accident d'une lithiasse restée latente jusque là ; deux fois en effet sur les vingt et un cas que nous rapportons, des crises de coliques néphrétiques avaient fait porter au préalable le diagnostic de lithiasse urinaire, un autre n'avait eu que des émissions de sable uratiques passées inaperçues de son médecin, tous les autres semblaient indemnes.

Son apparition peut se faire en pleine nuit, au cours du sommeil, ainsi, en est-il chez quatre de nos malades (observ. V-VI-VIII-XIV), plus souvent après une fatigue, un voyage en chemin de fer, une longue randonnée en auto sur des routes défoncées, après une cure de diurèse intensive à l'excès malgré son peu de durée, comme chez notre premier et

si intéressant malade. Il est rencontré relativement peu chez la femme, plus fréquemment chez l'homme où il est le propre de l'âge mûr.

Ici comme toujours le phénomène initial est la douleur, douleur brusque intense, colique qui rappelle la colique de miserere, peut-être à siège un peu moins nettement abdominal plutôt lombo-abdominal. Cette localisation lombaire n'est pourtant que peu marquée et souvent passagère. C'est au ventre que le malade souffre, c'est dans le flanc à gauche dans les trois quart de nos cas comme si l'iléus était l'apanage plus fréquent de la lithiasé du rein gauche que de celle du rein droit. Ses irradiations sont peu nettes, trois fois (observ. X-XI-XIII) le malade disait souffrir en ceinture, quatre fois il y avait épreintes rectales, deux fois (observ. I-V) seulement la colique s'irradiait vers la racine des bourses. Son intensité est en général très grande, elle n'atteint pas celle de la colique néphrétique classique et reste semble-t-il aussi, moins marquée que celle de l'étranglement interne, elle arrache pourtant des plaintes au patient le plus courageux qui demande du soulagement. C'est une colique avec en plus de la douleur le besoin d'évacuer sur lequel nous reviendrons tout-à-l'heure. Sa durée varie, elle est continue mais s'accompagne de paroxysmes coupés d'accalmies comme tout iléus intestinal.

Le deuxième symptôme moins constant est le vomissement, il fait défaut six fois chez nos vingt et un malades. C'est un vomissement alimentaire puis

aqueux, quatre fois il a été bilieux, une fois même porracé. Il est précoce pouvant survenir avec le début de la douleur, il n'apparaît plus souvent peut-être, que 12 à 24 heures après elle il peut se répéter cessant avec les accalmies pour réapparaître avec les paroxysmes ultérieurs. Il ne semble pas abondant et ne passe pas par les phases classiques du vomissement alimentaire, aqueux puis bilieux pour arriver au vomissement fécaloïde qui n'a jamais, croyons-nous, été observé. Deux ou trois fois des nausées seules accompagnaient la douleur initiale et persistaient un temps plus ou moins long.

L'arrêt des matières et des gaz constituent au fond avec la douleur l'un des deux grands symptômes fonctionnels. Comme dans maints cas d'iléus, il succède parfois à une première émission fécale évacuant le bout inférieur de l'intestin ; cela n'est pas fréquent pourtant, nous ne l'avons observé que deux fois. Le plus souvent d'emblée, les matières s'arrêtent et d'emblée les gaz sont retenus. Il faudra comme toujours insister sur cette notion auprès du malade qui le signale seulement si on le lui demande. Il ne s'aperçoit guère en effet, de la non émission des gaz et des matières, mais bien du besoin incessant et douloureux de vider son intestin qui lui paraît encombré.

La durée de cette rétention est variable, elle persiste en général 2 à 4 jours, mais, chose importante, elle cède jusqu'à un certain point à l'occasion d'un

lèvement ou de la mase en place d'une canole recouverte d'un purgatif qui a pu être gardé. Le malade rendra quelques gaz, parfois même, quelques matières puis tout s'arrête à nouveau pendant un ou deux jours pour aboutir à une nouvelle émission incomplète et aussi passagère. Il faut, peut-être, distinguer la rétention des matières de la rétention des gaz. Ces derniers semblent émis plus facilement. De ce fait le malade et l'entourage le remarquant alors que la constipation reste absolue, il en résulte une certaine amélioration de quelques instants tout au moins. Nous avons noté dans quatre observations (I, II, X, XI) ces émissions incomplètes et dissociées, peut-on dire, et ces accalmies momentanées. La durée totale de l'obstruction fécale varie dans d'assez grandes proportions, elle est de trois à quatre jours dans huit observations (II, III, VIII, XI, XII, XIII, XV), de huit à dix jours dans quatre autres (VI, IX, X, XIV); une émission dernière plus abondante et se faisant à plusieurs reprises marquera la détente terminale et la guérison.

Peut-être, pouvons-nous ajouter comme quatrième symptôme fonctionnel les troubles dysuriques et vésicaux assez souvent rencontrés. Les urines sont rares, l'émission en est souvent pénible, s'accompagnant de tenesme et d'envies fréquentes et impérieuses d'uriner. Il en fut ainsi dans le fait du professeur Vignard (observ. XV), chez un autre ce fut au contraire une rétention complète qui s'installa, chez un troisième une anurie, ces troubles urinaires

nous les avons remarqués six fois, chiffre relativement important qui excède sans doute celui noté dans les autres formes d'iléus. Il est à considérer pourtant, que l'occlusion aiguë, quelle qu'en soit la cause, réagit sur la vessie de la même façon que chez nos lithiasiques avec une fréquence peut-être un peu moindre.

Localement l'abdomen est avant tout météorisé, c'est là le grand symptôme observé de règle mais qui varie avec les cas et avec le moment de l'examen. Au début ce ballonnement pourra être localisé et prédominer en certains points : la fosse iliaque droite parfois, plus souvent le flanc et la fosse iliaque gauche. On voit alors une ou plusieurs anses extrêmement distendues faisant saillies sous la paroi tympanique, résistantes et douloureuses au palper. Ce n'est pourtant pas le signe de Von Wahl, on n'en retrouve, en effet, ni la persistance, ni la fixité si typique qui donne à ce signe toute sa valeur. L'on pourra constater à ce niveau de la matité déclive décrite par Mathieu sous le nom de fausse ascite, ainsi que nous l'avons observé chez notre premier malade. On pourra même voir au moment des crises douloureuses se dessiner des contractions péristaltiques relatées dans trois de nos observations (I, II, VI), elles aboutiront en un point qu'il est possible parfois de préciser en même temps que l'onde péristaltique s'y termine, un glou-glou s'y fait entendre, c'est le syndrome de Kœnig. Ajoutons cependant que tout cela n'est pas fixé comme dans l'iléus méca-

nique, la dilatation segmentaire de l'intestin chez nos malades, en effet, nous a semblé varier de siège et d'importance suivant le moment, le glou-glou se produit en plusieurs endroits successivement et dans ce cas un observateur attentif constatera que ces phénomènes variables ne cadrent guère avec une lésion fixe et nettement localisée. Voilà ce qui ressort de nos faits personnels, nous croyons bon de les mettre en valeur. Le plus souvent le tympanisme est précocement diffus, le ventre est ballonné dans son ensemble et il faut une recherche quelque peu minutieuse pour trouver qu'à droite et surtout à gauche une anse prédomine d'une façon plus ou moins nette ? Au milieu de cette distension générale, des contractions péristaltiques parfois apparaissent moins évidentes que dans les distensions localisées ; d'autres fois ce ventre est au contraire immobile montrant alors comme le disait Quénu dans son observation, un silence vraiment étrange. Nous n'insisterons pas sur les données de la percussion qui révèle un tympanisme inégal suivant les points, pouvant faire disparaître comme dans un de nos faits la matité du foie. Nous avons signalé la matité déclive, le clapotage, ajoutons que ces manœuvres ne vont pas sans provoquer quelques douleurs au niveau de l'abdomen, douleurs locales non extrêmes, moindres à coup sûr que dans la plupart des autres formes d'iléus. Le ventre ballonné ne présente en effet ni contracture, ni défense de la paroi, mais une sensibilité diffuse au palper. Quant

au toucher rectal qui a toujours été pratiqué, il ne révèle rien qu'un rectum en général vide de matières ou, en contenant encore quelque peu.

Au milieu de tout ce cortège de symptômes, l'examen objectif du rein et de l'uretère est, il faut l'avouer, singulièrement difficile. Le double palper rénal devient impraticable ; le ballottement provoqué du rein, chose curieuse, dans trois de nos faits ne fut nullement douloureux pas plus que la pression au niveau des points urétéraux. Même le point urétéral inférieur exploré par le toucher rectal minutieux et systématique ne semblait pas sensible chez ces trois malades. Les urines qui peuvent manquer, comme nous l'avons vu dans un cas où il y eut de l'anurie, sont en général rares, elles peuvent présenter quelquefois de l'albumine ou des phosphates et des globules rouges, au début de la crise, tout au moins. Ce signe d'une singulière valeur, nous le verrons au diagnostic est, hélas, bien rare puisque nous l'avons observé cinq fois (observ. XII, XIV, XIX, XX, XXI) dans nos vingt et un cas. Reste l'exploration radioscopique et radiographique tant de l'appareil digestif que du rein, de son hile et de l'uretère, nous croyons préférable de reporter au diagnostic cette exploration d'un si puissant intérêt.

Les signes fonctionnels et physiques tels que nous venons de les décrire, ne diffèrent guère à la vérité, de ceux observés dans tout iléus mécanique. Il n'en est pas de même des signes généraux. Sans doute au début et au moment des paroxysmes de la crise

le faciès marque l'empreinte de la douleur et des réactions réflexes si nombreuses dans les crises abdominales, il est alors tiré, les yeux un peu cernés; mais, il y a loin de cet aspect à celui du faciès grippé de l'étranglement interne ou des péritonites aiguës. A la moindre accalmie d'ailleurs, au moindre gaz rendu, la physionomie change et s'améliore. L'état général reste bon même lorsque les accidents persistent presque deux semaines comme dans notre première observation. L'amaigrissement seul lié à la dénutrition est important. Le pouls est en général rapide, dépasse 80, pouvant atteindre 130 (observ. VIII). La température, fait curieux, basse au début peut s'élever à 38°2 même 39° comme dans le cas rapporté par Dreyfus (observ. XIV), le plus souvent elle est pourtant normale. Nous avons parlé des urines, le sang ne semble pas avoir été suffisamment exploré, il serait bon de rechercher l'urée sanguine et les divers coefficients azoturiques sans oublier la constante d'Ambard, ce qui permettrait de dire si vraiment ces troubles réflexes relèvent jusqu'à un certain point d'une urémie latente comme quelques auteurs ont semblé l'insinuer (observ. VII).

EVOLUTION, COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

L'iléus réflexe de la lithiase réno-urétérale aboutit à la guérison d'une façon spontanée si une intervention malencontreuse ne vient troubler le cours de son évolution. Voilà le fait fondamental qui s'impose à nous par la lecture de nos observations et que nous croyons devoir mettre en évidence.

Dans tous nos cas, en effet, après le début aigu que nous avons observé les accidents persistent un temps variable avec les grands symptômes décrits au chapitre précédent. Cette durée est en moyenne de 4 à 6 jours, il en est ainsi dans 14 de nos cas, nous l'avons vu cependant se prolonger chez notre premier malade douze jours dont quatre avec une acuité très grande, onze jours chez celui de Mitry, dix jours chez celui du professeur Quénu. Pendant cette période que nous pouvons appeler période d'état, le syndrome d'occlusion ne reste point identique à lui-même : chez tous, en effet, à certain moment, nous l'avons dit, une émission de gaz plus rarement de matières interrompt pour quelques heures, pour un jour, pour cinq jours dans le cas de Quénu la gravité des accidents. Cette variabilité des troubles suivant le moment, ces

détentes restent une caractéristique de l'iléus réflexe qui nous occupe, nous le verrons à nouveau au chapitre du diagnostic.

Une émission de gaz, puis de matières plus importantes que les précédentes déclanchera la guérison. Les troubles fonctionnels disparaissent alors avec une rapidité très grande tandis que le ballonnement de l'abdomen ne s'affaisse que peu à peu, progressivement et parfois fort lentement, comme chez notre premier malade. A cette débâcle intestinale se joint presque toujours une polyurie avec décharge de sables uratiques, nous l'avons noté dans six de nos cas (observ. IV, V, VI, VIII, XIII, XIV). Parfois il se produit une hématurie (observ. X). Il est à remarquer que le calcul ne sera rendu que quelques jours plus tard, retenu qu'il est, croyons-nous, dans la vessie, mais il semble bien que le fait de quitter l'uretère et de tomber dans le réservoir vésical suffit à déclancher la crise vraiment curative. C'est ce que nous avons observé chez six de nos malades (obs. I, IX, X, XVI, XIX, XX, XXI). Il en va autrement dans les cas moins heureux où l'intensité des accidents conduit à l'intervention chirurgicale. Celle-ci pratiquée chez cinq de nos malades (observ. II, V, VII, IX, XV), n'a amené aucune détente si ce n'est dans le cas du professeur Vignard, une fois (obs. II), elle aboutit à la mort, une fois (observ. V), elle fut suivie d'une crise particulièrement intense et grave qui finit cependant par une décharge curative. Deux fois enfin elle ne modifia nullement l'évolution.

Devons-nous parler de complications dans cette forme d'iléus ? Il semble qu'en dehors de l'intervention qui mérite, peut-être, cette épithète, il n'y ait guère chez ces malades de complications réelles. Tout au plus doit-on penser à la possibilité d'une infection des voies urinaires par le processus bien connu du cycle entéro-rénal ; il fut recherché dans deux de nos observations inédites (observ. I et II) et ne put être décelé.

Le pronostic est donc vraiment bénin puisque tous les phénomènes observés s'amendent et disparaissent totalement après la crise. Malgré l'intensité des troubles fonctionnels, les signes généraux restent peu marqués et sauf au cas d'intervention l'iléus réflexe lithiasique guérit sans complications ni séquelles.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'iléus réflexe lithiasique est difficile à établir, nos observations sont là pour nous le prouver puisque, dans quatre d'entre elles seulement, (observ. I, VIII, X, XIV) il put être réellement affirmé et dans trois autres (observ. XIX, XX, XXI) soupçonné pour ne devenir certain que la crise passée.

Une distinction fondamentale s'impose suivant que l'occlusion ou l'obstruction intestinale s'accompagne ou non de phénomènes urinaires. Ceux-ci éveillent l'attention quand ils existent, au contraire ils risquent de rester dans l'oubli lorsqu'ils sont réduits à un simple endolorissement lombaire, comme nous l'avons si souvent rencontré. Dans le premier cas, en effet, il est facile de remonter à la cause en interrogeant et en examinant soigneusement son malade, encore faut-il être averti de la possibilité d'accidents abdominaux au cours des crises rénales, ce qui n'est pas la règle, nous a-t-il semblé.

Il n'en va pas de même dans la seconde occurrence. Nous en trouvons la preuve dans la plupart de nos observations où nous voyons successivement incriminer une bride comprimant l'intestin (observ. II et V inédites et observ. VII, IX, XV), pour laquelle on

croit devoir intervenir, un iléus paralytique par péritonite (observ. III), par appendicite (observ. III, XVI), par colique hépatique (observ. X), par pleurite du cul-de-sac costo-diaphragmatique avec action inhibitrice sur l'intestin (observ. XI Quénu). Sternberg même pense tour à tour pour le même malade (observ. XVII) à une occlusion mécanique, à une colique hépatique, à une colique de plomb, à un ulcère stomacal, à un néoplasme avec adhérences péritonéales, enfin à une appendicite. Quelle meilleure preuve donner de la difficulté du diagnostic en pareil cas que ces faits vécus, que ces erreurs commises quelquefois par des maîtres.

Comment donc est-il possible d'établir la valeur exacte et l'origine réelle d'un tel syndrome ?

Le tableau clinique est celui d'une occlusion intestinale, c'est le diagnostic porté, nous venons de le voir, reste à en reconnaître le point de départ rénal, chose fondamentale puisque l'intervention opératoire en dépend. Nous nous sommes attachés tout particulièrement à la solution de ce problème, notre étude symptomatologique en est une preuve et, ici, nous ne pouvons, sous peine de redites, que schématiser les diverses données déjà indiquées plus haut qui permettent, croyons-nous, d'arriver à le résoudre. Du reste nous les trouvons décrites longuement dans la magistrale étude du professeur Loeper.

C'est tout d'abord le début des accidents qui diffèrent dans l'iléus lithiasique et dans l'iléus mécanique. Dans l'un, le premier, le début est brusque

sans prodromes, pour ainsi dire, marqué par une douleur qui est, d'après Quénu, le premier symptôme en date, qui précède l'arrêt des gaz et des matières de longtemps et qui est toujours très vive, alors que dans l'autre la douleur est un phénomène secondaire, plus ou moins précoce se produisant à l'occasion des contractions intestinales.

C'est ensuite l'évolution des accidents qui, d'emblée, sont intenses dans l'iléus réflexe lithiasique, le syndrome abdominal atteignant vite son acmé, alors que dans l'occlusion vraie le syndrome se constitue progressivement : tout d'abord apparaît le météorisme localisé, le signe de von Whal avec lutte péristaltique de l'intestin au-dessus de l'obstacle puis le ballonnement se diffuse et s'étend à tout le ventre. Tous ces signes augmentent peu à peu et parfois dans un temps assez limité.

C'est ensuite la variabilité des troubles fonctionnels dans la crise d'origine rénale. En effet, ils diffèrent suivant le moment où on est appelé à les examiner parce que des détentes se produisent, c'est là un des gros caractères de l'iléus lithiasique qu'il faut mettre en valeur. Une évacuation plus ou moins importante de gaz et parfois de matières se fait amenant aussitôt une amélioration dans l'état du malade. Celui-ci éprouve du soulagement qu'il manifeste souvent à son entourage. Cette période d'accalmie n'est que momentanée pour lui, ensuite surviennent des paroxysmes où les douleurs prédominent surtout, avec absence, parfois, de bruits intes-

tinaux, de borborygmes, il règne alors « un silence abdominal » vraiment impressionnant, mais la crise cède brusquement comme elle est venue, une véritable débâcle de gaz et de matières avec polyurie l'annonce, les douleurs disparaissent et les accidents intestinaux rentrent dans l'ordre peu après acheminant le malade vers une prompte guérison. Dans l'iléus mécanique au contraire, les signes fonctionnels vont en s'aggravant d'heure en heure. Le péristaltisme intestinal persistant, les coliques se font plus intenses et les douleurs plus vives, les vomissements alimentaires au début, rapidement bilieux, deviennent fécaloïdes, l'arrêt des gaz et des matières est absolu, le ventre alors se laisse distendre au maximum et le tableau de l'occlusion aiguë se complète ainsi tant que l'obstacle n'est pas levé.

C'est enfin l'état général qui n'est pas le même. Dans l'iléus qui nous occupe, il reste relativement bon, les répits bienfaisants en sont la cause. Le faciès est fatigué, gardant l'empreinte de la souffrance ; dans les paroxysmes des crises, il est pâle avec les traits tirés, il n'est pas anxieux car le malade n'éprouve pas, comme le dit justement Quénu, « cette sensation d'angoisse viscérale qu'accusent ceux dont l'intestin est réellement bouché ». Ceux-ci par contre ont un faciès caractéristique qui rapidement se plombe, le teint devient terreux, les yeux s'ex-cavent et se cerclent de noir, le nez s'effile et se refroidit, les signes généraux apparaissent alors rapidement sous la dépendance d'un élément

toxique dû à la stercorémie et l'état du malade est toujours très effecté.

Tous ces signes cliniques, si différentiels qu'ils soient, peuvent être pratiquement difficiles à mettre en évidence tellement parfois est identique le tableau des deux affections qui n'échappent pas au médecin avisé ; sachant les interpréter il en fait les éléments de son diagnostic.

Mais en plus de ces indices qui aiguillent sur la bonne voie, il existe deux ordres de symptômes qui, lorsqu'on peut les avoir, sont plus expressifs : ce sont les signes urinaires, d'une part, et les signes radiologiques, d'autre part.

L'examen des urines est, en effet, d'une importance capitale pour ne pas oublier de la pratiquer d'une façon minutieuse à chaque crise douloureuse lombo-abdominale qui ne fait pas sa preuve. Il révèle alors la présence de cristaux d'acide urique ou d'acide oxalique, la présence également d'albumine. L'examen microscopique montre surtout quelques hématies. Cette hématurie occulte, quand on la trouve, car ce n'est pas un symptôme constant, nous l'avons vu dans notre étude clinique, est un signe pathognomonique qui doit emporter le diagnostic dans les cas douteux.

Enfin une exploration radiologique termine nos méthodes d'investigations. Un examen radioscopique et radiographique de tout l'appareil digestif et l'arbre urinaire est d'un grand appui pour confirmer le diagnostic puisqu'il nous permet de voir dans le

bassinets ou sur le trajet de l'uretère le ou les calculs, cause de tout le mal. Pour préciser le siège du calcul une cystoscopie et un cathétérisme des uretères avec sonde opaque ou même une urétéropyélographie pourrait être tenté, ce qui nous paraît difficile chez de tels malades.

Quelquefois cependant les rayons ne révèlent rien à l'explorateur. Il faut savoir que les calculs sont de constitution variable : s'ils sont petits, peu denses, ils peuvent être perméables ou bien donner une ombre variable dépendant du caractère des sels de la concrétion ; les calculs d'acide urique pur doivent théoriquement rester invisibles. D'autre part la radiographie peut donner des erreurs : on peut confondre une ombre exogène tels que des ganglions calcifiés, des phlébolites comme chez notre premier malade avec des calculs. Il faut donc une interprétation minutieuse de la plaque photographique. N'oublions pas que cet examen n'est pas toujours possible : un malade trop fatigué ne supporterait pas le transport dans une maison de santé à cet effet. Nous sommes donc obligé d'en rester aux données que nous fournit la clinique et c'est, sur elles, seules, souvent que nous baserons notre diagnostic.

TRAITEMENT

De l'affection que nous venons de décrire, le diagnostic est le point le plus important, posé d'une façon précise, il conduira au traitement rationnel et efficace que nous allons maintenant indiquer.

En effet, puisqu'il ne s'agit pas d'obstacle mécanique mais d'une parésie intestinale d'ordre réflexe, on ne devra pas penser à une intervention. Le traitement médical est seul à appliquer, or il n'est pas aisé de remplir les deux indications surtout qui le dirigent, puisqu'il faut, à la fois, d'une part, calmer la douleur et le spasme, d'autre part exciter le péristaltisme intestinal.

Il sera avant tout hygiénique. On prescrira le repos absolu, la diète hydrique avec bouillons de légumes et eau d'Evian, de Vittel. Des bains chauds (37°-38°) dont l'action sédative et antispasmodique est connue depuis fort longtemps seront donnés. Localement on pourra faire une application de cataplasmes chauds, de compresses chaudes laudanisées sur la région lombo-abdominale douloureuse.

Pour lutter à la fois contre la douleur et le spasme nous ferons appel aux médicaments suivants : la belladone et ses alcaloïdes, l'atropine, la genatropine qui ont une action sur le nerf vague qu'elle para-

lyse levant ainsi les spasmes, l'hyosciamine, la scopolamine seule ou associée à la morphine. L'opium et ses dérivés, en effet, sont extrêmement efficaces puisqu'ils anesthésient la douleur, il suffit de nous en rapporter au cas du Professeur Guyon, et souvent nous serons obligés d'y avoir recours malgré leur action parésiante sur les muscles lisses de l'intestin.

Calmer la douleur n'est pas le seul but à atteindre, il existe une deuxième indication qui est de provoquer le fonctionnement intestinal. Tout d'abord les moyens physiques seront mis en œuvre. Les lavements pourront être utilisés avec prudence, de préférence chauds. Le lavement électrique, le lavage d'intestin à l'aide d'un bock et d'une sonde de Nélaton ou rectale, ou seulement l'introduction de cette sonde dans le rectum amèneront quelques décharges salutaires. On ajoutera quelques médicaments destinés à stimuler l'intestin en agissant sur le parasympathique. On prescrira alors la pilocarpine, l'ésérine (1 milligramme par 24 heures), la genésérine qui ont une action antagoniste de celle de l'atropine. La péristaltine, les injections sous-cutanées d'extrait d'hypophyse produisent les mêmes effets. Dans notre première observation, elles ont aidé au déclenchement de la débacle des matières et des gaz et amener ainsi la guérison.

Enfin un traitement qui semble réunir en même temps ces deux indications contraires est la rachianesthésie. En paralysant le pneumogastrique, elle sollicite un périltisme intense de tout l'intestin

avec relâchement de la paroi abdominale. Elle a été préconisée surtout dans l'iléus mécanique par Bonneau où elle constitue le premier temps de l'intervention, des observations rapportées par cet auteur nous prouvent que les malades se souillent sur la table d'opération. Nous croyons que la rachianesthésie, mieux dénommée rachianalgésie, peut-être indiquée dans l'iléus réflexe et doit être tentée comme dernière ressource de notre thérapeutique médicale.

Nous n'avons pas mis en œuvre, ni vu employer les injections de chlorure de sodium en solution hypertonique préconisées par Gosset, Binet et Petit Dutailis dans l'occlusion mécanique. Elles semblent combattre l'intoxication stercorémique et, de ce fait, paraissent inutiles puisque l'iléus réflexe en est en général indemne. Nous pensons, cependant, qu'il serait rationnel de les essayer après dosage préalable des chlorures et de l'azote résiduel du sérum sanguin, la stercorémie pourrait exister à un certain degré, tout au moins, chez de tels malades.

Nous n'avons pas encore parlé du traitement de la lithiase et du calcul, cause des accidents. La thérapeutique, que nous venons d'indiquer, agit en réalité sur eux. Les bains chauds, les antispasmodiques, les calmants, diminuant le spasme de l'uretère permettront le cheminement du calcul vers la vessie. Une seule tentative opératoire sur ce dernier a été effectuée à notre connaissance, c'est celle pratiquée chez notre malade (observ. II) par notre maître, le Professeur Brin, qui après une laparotomie

exploratrice, fit immédiatement une lombotomie et alla extraire le calcul. Le résultat en fut mauvais, sans doute par suite de cette double opération successive et aussi par la persistance des accidents d'iléus. Il semble plus rationnel de tenter, au besoin, à la façon de Mitry, (observ. VI) un cathétérisme urétéral avec distension du bassinet. Le résultat obtenu par cet auteur chez un malade présentant à la fois un syndrome d'iléus et d'anurie calculieuse fut remarquable ; c'est là, croyons-nous un exemple à suivre. L'intervention du chirurgien peut donc être indiquée et il est naturel, comme l'a fait notre maître, le Professeur Denéchau, de placer de tels malades sous la surveillance à la fois médicale et chirurgicale.

N'oublions pas, cependant, que les accidents d'iléus réflexe lithiasique disparaissent de règle par le seul traitement médical et qu'il importe d'user en pareil cas de patience et de persévérance dans cette thérapeutique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance du professeur Denéchau.)

M. L..., âgé de 49 ans, industriel, antécédents héréditaires et personnels excellents, jadis gros mangeur, ayant surtout une alimentation riche en éléments carnés, menant une vie très active accompagnée souvent de surmenage, décide en janvier 1928, suivant les conseils de son médecin, de maigrir. Il réduit notablement son régime, il part le 1^{er} août 1928 passer huit jours à Vittel voulant traiter son arthritisme. Il n'a d'ailleurs jamais présenté de lithiase rénale véritable ou goutte, pas de lithiase biliaire.

Il prend environ 500 grammes à 1 litre 300 d'eau par jour, en même temps il pratique les massages, les exercices et les bains. Les urines qui avaient été examinées à son arrivée ne révèlent rien mais au bout du quatrième jour, une légère décharge d'acide urique commence. Après cette cure de Vittel qu'il semble avoir faite d'une façon hâtive et intensive, le 8 août il revient pour diriger aussi activement son industrie.

Il se rend à Bruxelles où ses affaires l'appellent, le 21 septembre 1928. Ce jour-là il déjeune au wagon-restaurant et prend du saumon qui paraît avarié. Il arrive à Bruxelles sans troubles digestifs ou autres, il a une selle normale. Le

lendemain 22 septembre, il part le matin dans une vieille auto peu confortable qui le secoue très péniblement. Il déjeune d'une façon normale et rentre le soir à 18 heures ayant fait 300 kilomètres d'auto sur des routes cahoteuses. C'est dans cette voiture que subitement à 17 heures il ressent des douleurs violentes dans le flanc gauche qui s'irradie dans les bourses. Il se couche à 9 heures sans dîner. Les douleurs augmentent à 10 heures 1/2, l'obligent à se lever et à marcher dans sa chambre. A 11 heures, le médecin de l'hôtel appelé diagnostique une colique néphrétique vraisemblable et pratique une double injection de pantopon. L'amélioration ne dure que quelques heures et il se décide le dimanche 23 septembre, à demander un médecin des Hôpitaux de Bruxelles qui, éliminant la colique néphrétique diagnostiquée la nuit précédente, incrimine l'intestin. L'appareil digestif est en effet atteint. L'abdomen commence à se ballonner, le côlon descendant est volumineux, résistant. Le médecin met en cause le repas pris le 21 septembre, et ordonne 30 grammes de citrate de magnésie et cela sans résultat. Le ventre au contraire augmente de plus en plus. Le soir, vers sa seconde visite ce médecin prescrit à nouveau 30 grammes de citrate de magnésie, toujours sans résultat. Depuis l'avant-veille il n'y a pas eu de selles et depuis la nuit les gaz semblent arrêtés.

Le lundi 24 septembre, le docteur belge donne un premier lavage au bock, qui amène une petite selle, malgré cela le ballonnement de l'abdomen ne diminue pas. Le syndrome d'obstruction intestinale accompagnée de douleurs extrêmement violentes est évident. Le malade quitte d'urgence Bruxelles à 13 heures pour arriver en Maine-et-Loire ce même jour à

23 heures. Pendant tout le voyage les douleurs continuent, elles siègent dans le flanc gauche, elles sont atroces, il n'y a toujours aucun gaz, pas de selles.

Le 25 septembre, troisième jour de la maladie, un nouveau médecin, appelé, porte le diagnostic d'occlusion intestinale et demande en consultation le Dr Denéchau. A ce moment, le malade couché, accuse des douleurs très vives dans le ventre, mais surtout dans les flancs et dans la fosse iliaque gauche, douleurs continues, sortes de coliques qui passent avec des paroxysmes et qui font contracter le facies. Leur siège dans la partie gauche de l'abdomen est constant, elles ne s'irradient ni vraiment en arrière dans la région lombaire ni en bas vers le testicule ou la vessie. Elles accompagnent le météorisme et le ballonnement. Tout le ventre est exagérément augmenté de volume. La région sous-ombilicale est tendue, saillante, tympanique, le flanc et la fosse iliaque droits montrent un cæcum très dilaté, le flanc gauche très saillant lui aussi, l'est peut-être un peu moins que le droit, mais à son niveau siège la douleur maxima, douleur spontanée et au palper. Des contractions péristaltiques existent par instant, elles se voient autour de l'ombilic et provoquent un glou-glou que l'on ne perçoit pas toujours. L'hypersonorité est générale, peut-être existe-t-il dans la fosse iliaque droite un peu de matité déclive lorsque le malade se trouve dans le décubitus latéral, c'est la fausse ascite, croyons-nous ; elle sera observée à maintes reprises les jours suivants. Le double palper des flancs est difficile. Il ne semble pas que l'hiatus costo-lombaire gauche soit particulièrement douloureux. Le toucher rectal est négatif. Par ailleurs le facies est un peu grippé, les yeux un peu cernés, le pouls est régulier, bien

frappé aux environs de 100, la température, chose à noter, est toujours entre 37°6 et 38°4. Les urines sont rares, mais normales, la pression artérielle est satisfaisante, tous les autres organes sont intacts, les réflexes normaux. Le diagnostic d'obstruction intestinale est porté d'une façon ferme. Le siège des douleurs lombaires au début, l'émission de quelques gaz et d'un peu de matières nous fait croire à un iléus intestinal réflexe à point de départ lithiasique rénal gauche. A tout hasard pour permettre une intervention si elle devait être pratiquée, pour faciliter une surveillance plus minutieuse, pour faire une radiographie, le malade est transporté à la clinique Saint-Rémy, le 26 septembre.

La radiographie est pratiquée ce même jour par le Dr Pichard d'Angers. Elle montre une visibilité défectueuse des reins par suite de la transparence excessive de l'abdomen plein de gaz ; ils occupent une situation normale, il ne paraît pas y avoir de calculs à leur niveau. La vessie et les uretères sont également radiographiés. On constate de part et d'autre de la ligne médiane un certain nombre de petites ombres régulièrement circulaires dont la plus grosse ne dépasse pas en diamètre 3 millimètres ; elles sont visibles en assez grand nombre des deux côtés de la région pelvienne. Il s'agit là de concrétions calcaires, siégeant dans les muscles du périnée. Toutefois, à gauche, il en est une plus opaque, moins régulière, de volume d'un grain de café qui semble siéger à la terminaison de l'uretère, elle est considérée par le radiographe comme un calcul arrêté au niveau des derniers centimètres de l'uretère gauche. C'est, pense-t-on, la confirmation du diagnostic.

Le malade n'en reste pas moins en occlusion complète ou

presque complète, surveillé par les Drs Ch. Martin, Denéchau, Luquel. On lui injecte 1 cmc. d'extrait d'hypophyse à 13 heures. Il rend à 20 heures une petite selle suivie d'accalmie des douleurs du flanc gauche. Le 26 septembre la température est toujours à 38°3.

Le 27 septembre injection d'hypophyse, mêmes petites évacuations alvines. Il en est ainsi pendant 5 jours consécutifs. Malgré ces minimes garde-robes, le ballonnement de l'abdomen reste énorme, diminuant pour réapparaître car dans l'intervalle le malade, ne rend ni gaz ni matières et les coliques calmées aussitôt après la selle, redeviennent aussi intenses. Le régime se compose d'un peu de bouillon de légumes et d'eau d'Evian. Il n'y a pas de vomissements, pas de nausées. La température reste au-dessus de 38°, les urines sont troubles, langue blanche, sale, haleine un peu fétide, le facies est fatigué, l'amaigrissement rapide s'opposant au météorisme abdominal toujours très marqué. Ce n'est vraiment que le 4 octobre, qu'une selle réelle assez abondante et putride apparaît soulageant le patient et dégonflant le ventre.

Les accidents ont ainsi duré douze jours, dont quatre avec une acuité très grande, laissant l'entourage inquiet et nécessitant une surveillance médico-chirurgicale sérieuse.

Même à cette date le 6 octobre, le ventre est ballonné dans le flanc et la fosse iliaque droite à telle enseigne que les deux médecins traitants pensent à un méga-cæcum vraisemblable. Les urines examinées sont normales, mais au point de vue bactériologique elles contiennent des colibacilles.

Le jeudi 12 octobre, la température monte à 38°8, elle atteint le même degré le vendredi 13 pour tomber avec un nouveau

crochet le 16 et devenir normale à partir du 22 octobre. Le traitement médicamenteux était le suivant : uroformine, puis urifluine et pipérazine.

Le 19 octobre, M. L... rendait sans douleur un calcul du volume d'un pépin d'orange. Ce calcul, d'aspect pyriforme, était constitué par de l'acide urique pur.

Depuis lors, il semble complètement guéri, à part une fatigabilité, une asthénie et un nervosisme inconnu jusque-là chez lui.

Le 25 octobre, un examen radiologique complet de l'appareil urinaire et digestif est pratiqué par le Dr Ledoux-Lebard. Il montre des ombres rénales régulières sans concrétions visibles de l'arbre urinaire. Au niveau du bassin on constate la présence de taches multiples « taches du bassin » qui répondent à des concrétions intra-ligamenteuses ou à des phlébolites. On retrouve la tache à gauche qui avait été prise pour un calcul plus volumineux et irrégulier, elle est considérée d'après lui comme une calcification ligamenteuse sans pouvoir l'affirmer.

L'estomac est allongé mais de forme, courbure et mobilité normales, son évacuation comme celle du duodénum est parfaite. Quant au gros intestin le cæcum paraît bas placé et un peu médian, mais de volume normal et indolore, les côlons remplis par un lavement baryté sont de types réguliers, à part la ptose accentuée du transverse et l'existence de quelques diverticules dont l'un siège à la partie supérieure de l'anse sigmoïde.

Telle est cette observation dont l'exposé ne saurait rendre la gravité de la situation, l'inquiétude que provoque une semblable crise devant le problème opératoire qui pouvait

se poser au début tout au moins. Remarquez l'importance de cette cure intensive trop rapide de Vittel qui a pu mettre le calcul en mouvement et l'importance des 300 kilom. d'auto, sur des routes défoncées, qui avaient brutalisé les uretères et mis les réactions réflexes en pleine activité.

OBSERVATION II (inédite)

(Due à l'obligeance des professeurs Denéchau et Brin.)

Il s'agit d'un homme âgé de 41 ans, M. Barb ..., industriel. Dans son passé, on note une tuberculose pulmonaire gauche à type fibreux, avec cortico-pleurite, et même pleurésie à la base gauche ayant été soignée 15 ans auparavant à Leysin. Il fit depuis une suralimentation relative mais certaine. A plusieurs reprises depuis quelques semaines, il présente des douleurs dans le ventre à gauche, assez brusques, s'accompagnant de nausées et de ballonnement. Le 22 septembre 1925, venant de Paris à la campagne en Anjou, il est pris soudainement, en chemin de fer, d'une crise douloureuse plus violente que les autres. Son siège est nettement à gauche sous les côtes et un peu dans la région lombaire. Son intensité est extrême et d'emblée elle s'accompagne d'un vomissement qui va se répéter 2 ou 3 fois. D'emblée également les gaz ne sont plus expulsés et le ventre est ballonné.

Il rentre chez lui péniblement, souffrant de coliques intenses qui s'exagèrent par moment et s'accompagnent de nausées. Il n'existe aucune irradiation vers l'aîne ou les bourses, aucune dysurie. Le docteur Laulaigne, appelé,

l'examine. Il est frappé par la distension de l'abdomen qui est au maximum à gauche, avec tympanisme et contractions péristaltiques.

Il n'existe aucune zone de matité déclive. L'intensité des douleurs au début des accidents, leur siège lombaire à certain moment, lui fait incriminer une colique néphrétique possible à réaction anormale. A d'autres moments pourtant, devant l'arrêt absolu des matières et des gaz, le tympanisme abdominal, il incrimine une occlusion dont il cherche en vain le point de départ et les causes. Les accidents persistent, s'accroissent nettement, l'arrêt des matières reste complet. Quelques gaz sont émis cependant. La situation paraît sérieuse, si bien qu'au bout de 26 heures environ l'on se décide à demander le professeur Denéchau en consultation. Ce dernier, examinant le malade en plein paroxysme, est frappé du ballonnement extrême de l'abdomen avec anses particulièrement volumineuses à gauche. Contractions péristaltiques répétées, accompagnées de coliques et se terminant en un point situé à gauche de l'ombilic où s'entend nettement un glou-glou très caractérisé. Le syndrome de la fausse ascite n'est pas perçu. L'exploration des divers orifices de siège de hernie est négatif, ainsi que le toucher rectal, le palper lombaire ne décèle rien. Il est pourtant à remarquer que le facies reste bon, le pouls est à 80 et la température est un peu au-dessus de la normale, quelques dixièmes. Les urines ne renferment point d'albumine et ne sont pas sanglantes. Le diagnostic d'occlusion est certain, est-il réflexe, lié à un accident lithiasique pour lequel le docteur Laulagne fait toujours des réserves ? cela est possible. Le consultant a tendance à incriminer une obstruction

par adhérences, reliquat d'une péritonite bacillaire, ayant pu accompagner la pleurésie gauche, jadis soignée en Suisse.

Il est convenu que si les troubles persistent, le malade sera adressé à la clinique commune des docteurs Brin et Dénéchau. Trois jours se passent, marqués à deux reprises par une légère détente où des gaz sont émis, avec une fois quelques matières. Les accidents cependant reprennent avec une acuité plus grande encore. Le 27 septembre au matin, le malade est amené alors à la Clinique Saint-Louis. Il est en pleine obstruction, n'ayant plus un gaz depuis 20 heures et vomissant. Le ventre est météorisé, température à 38°2, pouls à 78. Le professeur Brin appelé en consultation devant l'histoire du malade pense tout d'abord à une lithiasé rénale avec accidents abdominaux réflexes. La soirée un peu meilleure semble lui donner raison, et le docteur Denéchau, peut s'absenter 24 heures et laisser le malade à la direction de son collègue et ami. La nuit est pourtant mauvaise, le lendemain l'état s'aggrave. L'occlusion est absolue, la température persiste au-dessus de 38. Le facies s'altère, les vomissements reprennent, le diagnostic s'oriente vers l'occlusion par tuberculose péritonéale, ou plutôt coudure par bride chez un ancien tuberculeux.

L'intervention est pratiquée le soir même, sans que l'on puisse, devant la gravité de la situation, avoir le temps de faire une radiographie de la région rénale et de l'abdomen.

Opération le 28 septembre. On pratique la laparotomie médiane sous-chloroforme, on ne constate pas de granulations tuberculeuses sur l'intestin, pas d'ascite. Les anses grêles sont les unes très dilatées, les autres affaissées sans obstacle mécanique (occlusion spasmo-paralytique), le cæcum

est gros, le côlon transverse est distendu, ainsi que le côlon descendant. Une sonde introduite à ce moment dans le rectum ramène des gaz. Le diagnostic d'occlusion doit être abandonné. La main explore la région de l'uretère gauche et finit par trouver une induration qui doit être un calcul. On incise alors la paroi latérale gauche sans intéresser le péritoine et entre les deux mains on sent nettement le calcul. On ferme en un plan l'incision médiane. Par la voie latérale on va chercher le corps étranger. Après l'incision de l'uretère on extrait le calcul gros comme une petite olive. Il s'écoule un flot d'urine claire. Un drain et une mèche sont placés au contact de l'uretère, on ferme ensuite le reste de la plaie.

Le malade est très shocké et les vomissements noirâtres s'installent presque immédiatement. Il meurt le 29 septembre à 10 heures du matin.

OBSERVATION III (inédite)

(Due à l'obligeance du professeur Brin.)

Sœur F..., âgée de 37 ans souffre depuis 15 ans dans le ventre sans localisation précise. Ses antécédents héréditaires sont entachés d'artério-sclérose et d'arthritisme ; ses antécédents personnels sont excellents. Jusqu'à l'âge de 18 ans elle est d'une santé robuste. C'est alors que brusquement en 1900 elle est atteinte de douleurs abdominales vagues qui, causées par un excès de travail, croit-elle, n'attirent pas son attention, mais ses douleurs diffuses persistent pendant une semaine, le ventre est un peu douloureux, les matières et

les gaz sont émis avec peine. Le médecin appelé craint une péritonite. Elle est mise en observation. Les symptômes disparaissent aussi soudainement qu'ils étaient venus lorsque survint à la suite une hématurie légère.

Une année après, en 1901, elle fut reprise de ces douleurs abdominales mais ce sont des coliques violentes qui, partant du flanc droit, se généralisent tout de suite à tout l'abdomen, s'accompagnant d'arrêt des gaz et des matières. Il n'y a pas de vomissements. Tout ces phénomènes rentrent dans l'ordre en trois jours. Les années suivantes, quelques crises identiques surviennent et se calment d'elles-mêmes.

En 1916, brusquement des coliques très violentes dans l'abdomen s'accompagnant de vomissements l'arrêtent à nouveau. Elle souffre surtout dans la fosse iliaque droite. Le ventre est ballonné et difficile à examiner. Il n'y a aucune émission de gaz ni selles depuis quatre jours. La température n'a pas été communiquée. La malade est vue par le professeur Monprofit qui hésite entre occlusion et appendicite. Elle reste à la clinique sous la surveillance du chirurgien. Le cinquième jour de la crise les douleurs se sont légèrement atténuées, une petite selle a été expulsée dans la nuit si bien que le ventre est moins tendu. Un examen d'urine pratiqué est le suivant : volume de 24 heures : 750 cmc., densité 1.017 ; urée 17 gr. 20 par litre ; chlorure de sodium 7 gr. 20 par litre, albumine trace, glucose néant, indoxyl : réaction positive intense. La malade peut quitter la clinique le 10^e jour après le début des accidents.

Depuis, les douleurs se reproduisent de temps en temps, on croit à de l'appendicite.

Le professeur Brin est consulté en mars 1919, la radiographie montre un gros calcul urétéral droit. Le cathétérisme urétéral avec sonde opaque précise qu'il s'agit bien d'un calcul. A ce moment les urines sont aseptiques. Le professeur Brin propose une urétérotomie qui est refusée. Le 8 mai 1919, la malade lui est ramenée avec un phlegmon périnéphrétique et pyurie. La température est de 40, grands frissons. Il lui fait d'abord une incision de son phlegmon et une néphrectomie sous-capsulaire avec ablation de la partie supérieure de l'uretère qui contenait un volumineux calcul uratique. La pièce a été présentée à la Société de Médecine d'Angers. La malade a parfaitement guéri et est restée depuis sans accidents.

OBSERVATION IV (inédite)

(Professeur Brin.)

M. Bourg..., âgé de 74 ans, ancien instituteur, assez bien portant est pris le 4 mars 1929 soudainement le soir de malaises, de nausées et de douleurs au niveau du pli de l'aîne. Symptômes qui alarment le malade au point de réclamer de suite la visite de son médecin, à juste titre d'ailleurs puisqu'il présentait une hernie inguinale double. Le médecin demandé ne constate aucun étranglement herniaire, le ventre est souple, les urines normales, le pouls bat à 68, aucune température. On fait appliquer un peu de glace sur le ventre.

Le 5 mars, le malade a reposé tranquillement durant la nuit mais le matin les vomissements sont apparus avec réten

tion de matières et de gaz. Il existe une douleur au niveau du pli inguinal gauche et dans la région lombaire correspondante, la paroi abdominale se laisse déprimer, pas de fièvre, même pouls. Le soir, le malade souffre de coliques abdominales avec nouveaux vomissements. Il ne rend pas de gaz mais la douleur est généralisée à tout l'abdomen, les urines sont rares.

Le 6 mars au matin le malade a des frissons, le pouls est à 100, les urines sont abondantes mais chargées. Les vomissements continuent, quelques gaz sont émis grâce à l'introduction dans le rectum d'une sonde de Nélaton, un lavement de 1 litre a été donné après. Le soir la température est de 40, le pouls est à 104, le ventre est douloureux au point de Mac Burney.

En résumé, on note des signes d'obstruction intestinale remontant à deux jours, on décide d'envoyer le malade en observation dans une clinique.

Le 7 mars, après son arrivée à la clinique le malade a émis trois selles et a rendu des gaz. La température est de 37°2, le pouls à 76. Le docteur qui le voit, apprend que dans ses antécédents le malade a eu, il y a quatre ans, un abcès de la région appendiculaire qui s'est ouvert à la peau et pour lequel il est resté deux mois alité ; au moment de l'ouverture de cet abcès, des troubles urinaires ont débuté et augmenté peu à peu. Le malade avait eu des coliques néphrétiques il y avait une trentaine d'années, qui avaient été calmées après émission d'un calcul dans l'urine. A la suite il avait fait une cholécystite avec ictère pour laquelle il avait été se soigner pendant trois saisons à Vichy. Depuis plusieurs mois il urinait fréquemment mais peu à la fois. Après

les fatigues il ressentait quelquefois des picotements au niveau du périnée.

On sonde le malade et constate qu'il est rétentionniste, forte rétention d'urine, la prostate saigne au toucher rectal et à l'explorateur métallique, celle-ci semble assez élastique, l'examen des urines relève :

22 gr. 10 d'urée par litre,

4 gr. 20 de chlorure.

On fait alors le diagnostic d'hypertrophie prostatique chez un rétentionniste distendu, infecté. On pratique quelques sondages, on donne de l'urotropine et des boissons diurétiques.

Les jours suivants le malade vide sa vessie complètement. Il fait un peu de bronchite avec emphysème, la température reste autour de 38°. Les urines sont boueuses avec sables uratiques et restent troubles. On pense alors aux phénomènes réflexes chez un lithiasique rénal ancien. Cette fois le malade n'a pas émis de calcul dans les jours qui ont suivi la crise.

Le 15 mars au soir la température est de 39°, l'examen révèle une douleur au niveau de la vésicule biliaire.

Le 16 mars, on constate nettement de l'empâtement et de la douleur dans la région vésiculaire. Sous l'effet de pansements chauds et de médicaments : benzoate de soude, l'amélioration se produit de jour en jour.

Le 27 mars, le malade pouvait quitter la clinique.

En mai 1929, une radiographie pratiquée n'a pas montré de concrétions visibles au niveau des reins.

OBSERVATION V (inédite)

(Professeur Brin)

Frère F. , âgé de 35 ans est entré le 2 octobre 1928 à la clinique pour crises douloureuses de la partie inférieure de l'abdomen.

Il y a quelques années le malade avait eu des hémoptysies et présenté des signes de bacilliose pulmonaire. A cette époque lieutenant de vaisseau, il est soigné très activement, il se guérit. Depuis lors il entre en religion. A plusieurs reprises il se plaint de douleurs abdominales qui surviennent par crises mais qui cèdent. Le malade raconte que lorsque ces crises douloureuses apparaissent et qu'il rendait des gaz, les coliques diminuaient. Il accuse en même temps des périodes de diarrhée. Brusquement il est pris à 5 heures du matin d'une douleur excessivement vive dans la partie inférieure de l'abdomen. Cette douleur a pour siège la fosse iliaque gauche avec irradiation légère vers l'aine mais non à la verge. La région lombaire gauche est sensible, aucun gaz n'est émis, le ventre est ballonné. Le diagnostic est celui d'une occlusion intestinale par lésion tuberculeuse ou bride.

Opération le 2 octobre. — Anesthésie au chloroforme. On pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Il y a peu de liquide dans le ventre, on constate que la majorité des anses grêles est ratatinée mais qu'il existe une anse plus dilatée. On attire le gros intestin au dehors, l'anse sigmoïde est très longue très dilatée (on pense alors à un volvulus

probable qui s'est réduit sous l'influence des manœuvres opératoires).

Sur le feuillet gauche du mésocolon existe une trainée blanchâtre de mésocolite. L'appendice a une situation presque médiane. Il ne semble pas malade. On pratique cependant une appendicectomie avec enfouissement. Fermeture en deux plans.

Suites opératoires — On fait appliquer de la glace sur le ventre. Le soir le malade souffre beaucoup. Le lendemain la douleur se calme mais réapparaît aussi vive qu'avant l'opération pour cesser dans la soirée, après l'émission de gaz. Vers le quatrième jour après l'opération, le malade fait une décharge de sables uratiques. Il ne souffre plus.

Le malade sort de la clinique le 15 octobre 1928 en bon état de santé.

OBSERVATION VI (résumée)

(M. Mitry)

Mme D..., 55 ans est envoyée d'urgence au Dr Mitry le 5 mars 1925 à 21 heures, dans un état très précaire pour anurie et occlusion intestinale.

Deux enfants bien portants. Elle est sujette aux bronchites et a remarqué depuis une douzaine d'années des décharges urinaires de sable rouge. De temps en temps elle souffre dans la région lombaire sans jamais avoir eu de crises de coliques néphrétiques vraies. Les urines contenaient parfois des phosphates mais pas d'albumine ni de pus. Les urines ont pris une fois une teinte noire brun (hématurie probable), ménopause normale il y a 10 ans.

Dans la nuit du 1^{er} au 2 mars, elle est prise subitement de coliques dans la fosse iliaque droite, accompagnées de nausées, puis vomissements. Les urines se raréfient, puis à partir du 2 au matin, elle n'urine plus du tout et ne rend plus ni gaz ni matières. A son entrée il y a donc quatre jours moins cinq ou six heures que durent l'anurie et l'occlusion. Les vomissements n'ont pas cessé. Le météorisme abdominal et l'embonpoint de la malade rendent la palpation difficile. L'abdomen est uniformément douloureux, ses parois sont contractées. Au toucher vaginal on réveille une douleur dans le cul-de-sac antérieur droit dans la région du méat urétéral droit. La vessie est vide, sa muqueuse saine, mais le méat urétéral droit est un peu surélevé. Deux sondes 14 furent poussées jusqu'au bassinnet, pas d'éjaculation. La distension du bassinnet donne lieu à l'émission de quelques gaz. On fit une seconde distension qui donne un heureux résultat pour le rein et l'intestin. L'azotémie était montée à 1 gr. 40. La radiographie montra un calcul du volume d'un grain de blé dans l'uretère droit, il y eut ensuite une évacuation de boue urinaire. Le fonctionnement ultérieur des deux reins fut bon mais un peu inférieur pour le rein droit.

OBSERVATION VII (résumée)

(Gayet et Ricard)

Sch... Jean, âgé de 41 ans, employé de bureau, est entré le 28 juillet 1925 à l'hôpital de l'Antiquaille, dans le service du Dr Desgouttes suppléé par M. Ricard, pour des accidents d'occlusion intestinale aiguë.

Le malade est sujet à des accès de fièvre paludéenne, tous les mois environ il a de l'entérite chronique avec de petites poussées aiguës et a présenté de la dysenterie amibienne.

L'affection actuelle, précédée de petites crises antérieures de subocclusion s'accompagnant d'irradiations douloureuses lombaires, a débuté le 18 juillet par des douleurs lombaires et une constipation absolue. Les douleurs violentes s'irradient, au moment de l'entrée, dans les fosses iliaques droite et surtout à gauche, ce sont des douleurs abdominales réveillées par la palpation.

Depuis le 18 juillet le malade n'a pas émis de gaz, n'a pas eu de selles, bien qu'il ait pris des lavements qu'il a gardés. Il a de l'anorexie et a vomi non pas des aliments mais de la bile.

A l'examen faciès terreux, abdomen ballonné et douloureux, peu de clapotage cæcal. Le toucher rectal douloureux est négatif. Il semble exister parfois des ondes péristaltiques sur le grêle au-dessus de l'ombilic, aucun signe de péritonite.

Une intervention est décidée immédiatement, on ne constate aucun obstacle, mais il existe du côté gauche une masse allongée sous-péritonéale qui fut reconnue comme étant de l'uretère distendu (la ponction ramène quelques gouttes claires d'urine). A la suite de l'intervention, persistance d'accidents graves qui cessèrent au bout de 4 jours. Une cystoscopie avec cathétérisme des uretères montra que la sonde gauche était arrêtée à 3 cm. A la radiographie il existait un calcul circulaire au point d'arrêt de la sonde. Il s'agissait donc d'un méga-uretère au-dessus d'un calcul.

Intervention par voie para-péritonéale. L'aspect extérieur du méga-uretère est celui d'un conduit musclé, épais comme la paroi d'un rectum. Urétérotomie, puis extraction du calcul, suture.

Dans les suites opératoires, les mêmes accidents d'iléus paralytique se renouvelèrent. On pense à l'urémie comme cause possible. De fait ils cédèrent spontanément comme la première fois.

Depuis aucun autre accident.

OBSERVATION VII (résumée)

(Thévenard et Huguier)

Homme bien portant n'ayant eu qu'une dysenterie coloniale grave, est réveillé brusquement vers 3 heures du matin dans la nuit du 26 au 27 mai 1910 par une douleur suraiguë en barre, siégeant à l'hypogastre, qui irradie dans tout l'abdomen. Il éprouve des épreintes rectales des plus pénibles et en même temps des vomissements d'abord bilieux puis porracés apparaissent. Les douleurs se sont localisées ensuite dans la fosse iliaque gauche, le faciès est grippé, le pouls à 130, l'abdomen est très ballonné, le palper est douloureux dans la fosse iliaque gauche. On pense à un iléus intestinal et conseille une opération d'urgence. Le lendemain ni gaz ni urine depuis la veille au soir et on note une douleur très vive à la pression de la région lombaire gauche. On pense alors à l'iléus réflexe d'origine rénale et l'on s'abstient, mais aucune amélioration ne se produit on décide d'intervenir le 28, quand, dans la nuit, il se fait une abondante

émission d'urine à la suite de laquelle le malade éprouve un véritable bien-être. Le matin expulsion de gaz qui affaisse l'abdomen. L'après-midi le malade est si bien qu'il demande à se lever. Une radiographie des reins et des uretères indique sur le trajet de l'uretère droit deux ombres que l'on interprète comme étant celles de calcul.

OBSERVATION IX (résumée)

(Huguier et Parvu)

Homme de 28 ans habituellement constipé, n'ayant jamais eu de coliques néphrétiques, est pris un samedi à 17 heures d'une douleur très vive siégeant dans la partie supérieure gauche de l'abdomen, elle s'accompagne de vomissements aqueux qui se répètent, le pouls est à 90, la température de 36°3. La palpation révèle un point très douloureux dans le flanc gauche et un peu dans la région lombaire. Un lavement glycérimé provoque une selle dure. Deux jours se passent, aucun gaz, aucunes matières, vomissements continus verdâtres, urines claires non albumineuses. On pense à une occlusion. On transporte le malade à l'hôpital, les vomissements et douleurs cessant alors, il éprouve un peu de soulagement. Dans la nuit crise douloureuse avec sueurs froides, une émission de quelques gaz le matin mais le faciès est altéré, le pouls rapide, la température 37°7. On intervient et on trouve une contracture étendue du grêle, contracture du côlon descendant et de la moitié gauche du transverse, distension des segments intermédiaires. Pas d'obstacle mécanique. Après l'opération, le malade se sent

soulagé, cesse de vomir émet des gaz. Le samedi après une purgation trois selles liquides sont évacuées. Le mercredi suivant, crise douloureuse dans la moitié gauche du ventre avec frissons, sueurs, tremblements, vertiges. Trois semaines après, le malade en urinant, expulse un petit calcul pyramidal de 6 millimètres de haut à arêtes vives. Depuis cette époque le malade va tout à fait bien et sa constipation qui lui était habituelle a complètement disparu.

OBSERVATION X (résumée)

(Professeur Loeper)

Il s'agit d'un homme âgé de 37 ans, qui a été pris brusquement le 21 mars, à la suite d'un refroidissement, une douleur, dans l'hypocondre droit, qui s'irradie en ceinture ; cette douleur revient chaque jour et s'accompagne à trois reprises dans la nuit de bradycardie et de vomissements, elle se fait sentir également dans l'angle costo-lombaire, aucun symptôme intestinal, selles et urines normales. Une crise plus forte survient à 5 heures du soir le 1^{er} avril, le ventre est ballonné dans la région de l'hypocondre droit. Aucunes selles et pendant trois jours aucun gaz. On porte le diagnostic de colique hépatique, puis de côlite spasmodique. Pendant huit jours la douleur persiste, les urines examinées révèlent une notable augmentation d'acide urique 0,9r et 1,20 par litre avec sable assez abondant et quelques leucocytes. Fonctionnement intestinal nul, lavement et laxatif ne font qu'exagérer les douleurs et le météorisme, l'émission des gaz est possible grâce à la belladone.

Le 12 avril arrêt des douleurs à 10 heures du soir, hématies dans l'urine. Le lendemain deux évacuations intestinales abondantes. Les crises s'espacent, le 26 une véritable hématurie. A partir de ce moment la douleur lombaire se précise, crise urétérale avec ses symptômes de rétention rénale rythmée par les repas, ses vomissements fréquents, ses douleurs accrues par des boissons abondantes, son ténésme vésical et sa dysurie. La radiographie le 4 juin montre à la partie terminale de l'uretère deux petits calculs qui sont expulsés vers le 7 juin ; l'un de ces calculs est de composition complexe et hérissé d'aspérités nombreuses. La guérison est considérée comme complète.

OBSERVATION XI (résumée).

(Professeur Quénu).

Le Professeur Quénu est pris, un soir à 5 heures 1/2 en rentrant chez lui, d'une douleur vive dans le flanc gauche sous la dernière côte, tout contre la colonne vertébrale. Aucune irradiation de la douleur vers le testicule ou la verge mais il y a des irradiations horizontales en ceinture qui gagnent en avant la partie supérieure gauche de l'abdomen, au niveau de laquelle la contracture musculaire est violente. Aucun vomissement ni nausées mais sensation de gonflement gastrique avec éructations (M. Quénu avait eu un passé de coliques hépatiques remontant à dix ans). L'examen complet ne révèle rien d'autre que de petits frottements à la base du poumon gauche, mais déjà l'attention est attirée par le malade lui-même sur le ballonnement du ventre, l'absence

complète d'émission de gaz par l'anus depuis 48 heures et le silence abdominal étrange auquel il n'est pas habitué. On met ces symptômes sur le compte d'une action inhibitoire sur l'intestin exercée par la pleurite du cul-de-sac costo-diaphragmatique qui a été diagnostiquée. Le malade se plaint de crises douloureuses avec parfois des paroxysmes d'une durée de 5 à 6 heures dans la journée. Au bout de cinq jours surviennent seulement des évacuations de matières et de gaz qui font cesser la crise. Mais huit jours plus tard une nouvelle crise semblable à la première éclate dans la nuit, qui dure 16 heures, avec arrêt complet des matières et des gaz, ballonnement du ventre. Au bout de trois jours de cet état le malade est transporté à la maison de santé pour l'éventualité d'une intervention chirurgicale. La détente complète alors se produit. La religieuse remarque un dépôt de sable dans le vase de nuit. L'analyse est faite. Ce dépôt était formé de cristaux d'acide urique; l'urine contenait 0,81 d'acide urique par litre et un peu d'albumine. Le lendemain l'émission par la verge d'un petit calcul du volume d'un pépin de pomme venait certifier la nature lithiasique urinaire de tous les accidents. Depuis lors, la guérison a été définitive et complète.

OBSERVATION XII (résumée).

(Professeur Gosset).

Lord R. . . , 65 ans, est entré rue Bizet pour crise d'occlusion intestinale. Le début remonte à quatre jours par une douleur dans le côté gauche du ventre et dans le dos. Des urines très épaisses sont émises dans la nuit, elles sont pré-

levées et analysées par le médecin. Un purgatif est donné et ramène une selle, mais la situation ne s'améliore pas. Les médecins et chirurgiens consultés après une radiographie du gros intestin pensent à une occlusion intestinale et conseillent l'opération. Le malade est amené à Paris, on le met en observation. Depuis 48 heures, ni matières ni gaz, ventre ballonné, surtout dans le flanc droit. A certains moments on perçoit des contractions du côlon transverse et au palper on réveille une douleur très localisée dans la fosse iliaque gauche où une radioscopie après lavement bismuthé montre une sorte de coudure de l'intestin. L'état général est bon : pas de vomissements, mais arrêt complet des gaz. Trois jours se passent, une purgation produit une débâcle intestinale et le malade est guéri. L'analyse des urines au début de la crise avait révélé la présence de globules rouges.

OBSERVATION XIII

(Moutier).

Homme de 65 ans est pris brusquement le 3 août 1911 de douleurs abdominales atroces dans le flanc gauche avec vomissements alimentaires puis bilieux. Ces douleurs s'irradient en ceinture. Ventre très météorisé, clapotage léger des anses intestinales. Dans le flanc gauche on sent une tumeur mollassse, douloureuse. Le lendemain pas de gaz ni matières. On soupçonne une sténose organique et conseille l'opération. Les douleurs reprennent le 5 août avec contractions vives de l'intestin. Un purgatif ramène une débâcle de matières fétides. Les jours suivants le malade rend du sable dans ses urines.

OBSERVATION XIV

(Dreyfus).

M. P..., âgé de 76 ans est pris dans la nuit du 22 janvier 1913 d'une crise douloureuse très violente à point de départ en arrière et à droite dans la région rénale. On diagnostique une crise de colique néphrétique, le lendemain disparition de cette douleur lombaire. T. 39°2, pas de selles ni gaz, ventre ballonné pendant trois jours. Le Professeur Vidal fait le diagnostic de paralysie intestinale réflexe consécutive à une colique néphrétique. Deux autres jours se passent dans le même état : ni gaz ni matières, ventre distendu. Le purgatif ou lavement ne donne aucun résultat. Le 26, l'examen d'urine révèle la présence de globules rouges. Le 28, le malade émet quelques gaz puis a une hématurie abondante. Le 29, une selle enfin est obtenue grâce à un lavement ; pas d'élimination de calcul ; il existe un peu d'infection des voies urinaires.

OBSERVATION XV (résumée).

(Vignard).

Mme P..., 52 ans, de forte corpulence, présentant une luxation congénitale de la hanche gauche n'a jamais été malade ; elle a eu deux enfants.

Le 24 septembre à 8 heures du soir, elle est prise brusquement de violentes douleurs dans tout l'abdomen ; particulièrement vives dans tout le côté gauche. La douleur est exclu-

sivement abdominale, sans la moindre irradiation dans la région lombaire. Elle a des vomissements alimentaires puis bilieux. Pas de gaz, pas de selle, mais besoin impérieux d'uriner. Le médecin appelé à une heure de la nuit constate un ballonnement du ventre considérable mais la palpation n'exagère pas la douleur.

Le 25 septembre, la malade souffre un peu moins, quelques vomissements, pas de selle ni gaz. On lui donne deux fois 30 gr. d'huile de ricin qu'elle vomit en partie et qui ne donne aucun résultat; urines normales.

Le 26 septembre, insomnie complète, malade anéantie, ventre distendu, douloureux; aucune selle ni gaz ne sont émis. On appelle un consultant, le Dr U. Monnier professeur de clinique médicale, qui pense à une occlusion intestinale et décide le transfert de la malade à l'Hôtel-Dieu.

Le 27 septembre, à l'Hôtel-Dieu, le Dr Vignard examine la malade. Elle n'a rendu ni matières ni gaz, le ventre est moins ballonné; plus de douleurs, mais urine boueuse sanguinolente. Devant les signes si nets d'occlusion, il croit devoir faire une laparotomie exploratrice mais ne constate rien d'anormal du côté de l'intestin. La circulation des matières se rétablit presque immédiatement, ce qui confirme le diagnostic d'occlusion réflexe due au passage d'un calcul dans l'uretère.

OBSERVATION XVI (résumée).

(Sternberg).

Médecin âgé de 41 ans. Antécédents : choléra à 13 ans, début de malaria à 25 ans, pas d'infection vénérienne. A l'âge de 28 ans il remarque une pollakiurie diurne et nocturne à laquelle il ne prend pas garde. A 31 ans, survient une crise douloureuse abdominale qui se répète les années suivantes : la crise semble avoir été plus douloureuse ; température 38°6, pouls 100, nausées. La douleur occupe la moitié droite de l'abdomen ainsi que la région lombaire avec irradiation dans la cuisse et le testicule droits; douleur au point de Mac Burney. Arrêt des selles et des gaz; depuis deux jours ténésme vésical. L'urine concentrée présente dans son dépôt des sédiments d'urée et ne contient rien d'anormal. On porte le diagnostic de colique appendiculaire; le lendemain la crise cesse.

Deux mois plus tard, reprise de la douleur abdominale avec diarrhée. Trois ans après cette dernière et violente colique, crise douloureuse du rein avec douleur au gland, arrêt des gaz. Subitement le patient expulse avec l'urine un calcul de la grosseur d'un haricot peu long et quelques autres petits: c'étaient des calculs d'acide urique. Par la suite, tous les symptômes disparurent.

OBSERVATION XVII (résumée).

(Sternberg).

Mécanicien, âgé de 30 ans, est pris le 25 septembre 1900 de vomissements et de nausées avec violentes douleurs dans le ventre, arrêt complet des matières et des gaz, élévation de température ; la moitié droite de l'abdomen est douloureuse, le ventre est dur, région illéo-cæcale très sensible à la pression ; dans l'urine, ni sang, ni albumine, ni sucre.

Le 30 septembre seulement quelques matières sont évacuées. Le 2 octobre le malade est examiné. La langue est sale. Pas de température, pouls à 80, ventre ballonné, un peu sensible, douloureux à la pression au point de Mac Burney. Le diagnostic porté fut successivement d'occlusion intestinale, colique hépatique, colique de plomb, indigestion, ulcère stomacal, néoplasme, adhérences péritonéales, enfin il fut conclu à de l'appendicite. On attendit une nouvelle crise pour se décider. On diagnostiqua alors un calcul du rein. On ordonna le traitement indiqué dans ce cas et la guérison fut obtenue.

OBSERVATION XVIII

(Ginsberg).

Mlle G..., 18 ans, célibataire, était admise pour une douleur abdominale aiguë dans le côté gauche. La crise douloureuse était si soudaine que le chirurgien de la famille pensait à la possibilité d'une obstruction intestinale. Il n'y avait aucun symptôme urinaire et l'examen d'urine était

négatif au point de vue globules blancs du sang. La cystoscopie montrait l'orifice urétéral gauche remarquablement gonflé et complètement bloqué par un petit calcul, l'essai de l'extraction avec une pince adéquate fut sans succès. La malade l'expulsa le jour suivant. Peu de jours plus tard une nouvelle cystoscopie fut faite, la sonde urétérale était complètement arrêtée à mi-chemin de l'uretère et au-dessus de l'obstruction, il y avait une dilatation de l'uretère gauche s'étendant jusqu'au rein. Après avoir quitté l'hôpital, elle revint dans un autre service de gynécologie où le rétrécissement urétéral était dilaté; les douleurs avaient entièrement disparu.

OBSERVATION XIX (résumée).

(Frugoni).

Baron K..., 62 ans, sujet goutteux et artério-scléreux, est pris brusquement d'un ténésme rectal violent; douleur brûlante au rectum avec état d'agitation extrême, émission d'un peu d'urine, ni gaz ni matières, pouls rapide, respiration anxieuse, mais ventre souple. Malgré les bains et les suppositoires de morphine, le syndrome d'occlusion aux matières et au gaz se complète et le ténésme persiste impérieux; nausées, vomissements; le ventre se fait plus météorisé mais reste souple; pas de point douloureux ni contracture de la paroi. Le diagnostic reste incertain, l'hypothèse la plus vraisemblable est celle d'une occlusion intestinale mais l'analyse des urines révèle une hématurie microscopique. Quarante heures après le début des accidents le ténésme rectal cède avec une débâcle de gaz. Le soir même on note la présence

dans les urines d'un petit calcul d'acide urique. Guérison.
Une radiographie des reins et des uretères est négative.

OBSERVATION XX (résumée).

(Frugoni).

B..., 42 ans, négociant en vins ; antécédents hépatiques. En août 1914, apparaît brusquement des douleurs abdominales diffuses avec sensation pénible de tension intestinale, arrêt des matières et des gaz, pouls à 106°, respiration 32 le ventre est globuleux avec des parois contractées. Apparaît alors un très douloureux ténésme rectal. Le 2^e jour, l'examen microscopique des urines montre des globules blancs et quelques hématies. La région lombaire et la fosse iliaque gauche sont douloureuses avec irradiation au testicule. Le toucher rectal provoque une vraie douleur contre le bas-fond vésical. Cinquante-cinq heures après le début des accidents, émission de gaz et de matières. L'état général s'améliore ; 5 jours après le malade rend un petit calcul.

OBSERVATION XXI (résumée).

(Frugoni).

S. B..., 54 ans, sujet goutteux, ayant un passé de colique néphrétique suivie d'élimination de calculs. Après une course en automobile, accuse une douleur dans la région lombaire gauche avec nausées, ténésme rectal avec sensation de brûlure au quart inférieur gauche de l'hypogastre, projection

au testicule gauche et au gland, pouls filiforme, respiration anxieuse. Depuis 12 heures, aucun gaz; le ventre est tendu, météorisé, sans péristaltisme appréciable des anses intestinales. L'examen d'urine révèle un peu d'albumine avec globules rouges, le toucher rectal est très douloureux. L'état général s'aggrave et les crises intermittentes se renouvèlent, le rein gauche est douloureux, senti à la palpation, augmenté de volume; il existe alors tous les signes d'une hydronéphrose aiguë. Sous l'effet du traitement une crise de polyurie survient avec émission de gaz. Une radiographie montre l'enclavement dans l'uretère d'un calcul de la grosseur d'un noyau de cerise.

CONCLUSIONS

I. — Il existe un iléus lié à la lithiase rénale, assez fréquent pour que nous ayons pu en réunir vingt et un cas dont cinq personnels et inédits, et seize autres relevés dans la littérature médicale.

II. — La symptomatologie se résume à un syndrome d'occlusion à début brusque avec parésie de l'intestin qui est extrêmement dilaté, avec arrêt des matières et des gaz et parfois vomissements. La douleur est intense, abdominale plutôt que réno-urétérale. Les signes urinaires s'ils sont présents, la plupart du temps sont très atténués ou presque nuls.

III. — Son évolution après le début brusque est caractérisée par une période d'état où le tympanisme est le facteur dominant avec petites décharges de gaz et parfois de quelques matières, suivies de reprise de l'iléus. Il aboutira après une durée de six à douze jours à la guérison marquée par une émission de selles et de gaz. Le masque est surtout celui de la douleur, plutôt que celui de l'intoxication stercorémique.

IV. — Les complications habituelles à l'occlusion organique font en effet constamment défaut.

V. — La pathogénie rapportée par quelques auteurs à l'urémie relève essentiellement d'un réflexe réno-uretéro intestinal. Ce réflexe observé à un degré léger dans presque tous les accidents lithiasiques prend alors une importance considérable. Il est facilement explicable, par la commune innervation de l'intestin et du rein. L'étude du système vago-sympathique et de ses plexus en facilite la compréhension.

VI. — Le pronostic est satisfaisant puisque la guérison est de règle en dépit d'un tableau clinique, en général, très impressionnant. Il n'existe ni complications, ni séquelles.

VII. — Le diagnostic peut être facile au cas de coexistence d'accidents rénaux nets, encore est-il nécessaire de connaître la possibilité de semblables complications au cours de la lithiase. Cette dernière est-elle latente ou muette, il faudra penser à l'iléus réflexe, lorsque le début est brusquement marqué surtout par des douleurs, lorsque le ballonnement douloureux sans contractions péristaltiques, sans bruits intestinaux est la note dominante, lorsque l'évolution est entrecoupée de petites décharges, lorsque l'état général reste bon malgré l'importance des signes physiques. La recherche minutieuse des signes urologiques, surtout d'hématurie microscopique et de sédiments uratiques ou oxaliques, le contrôle radiologique seront encore plus expressifs.

VIII. — Le traitement sera médical. Il consiste à calmer la douleur par la morphine, l'opium, surtout la belladone et ses dérivés, par les applications chaudes et les grands bains ; à exciter le péristaltisme intestinal par quelques laxatifs prudents, par des injections sous-cutanées de péristaltine, d'extrait hypophysaire. L'on pourra même avoir recours à la rachi-analgésie à la fois calmante de la douleur et excitante de la musculature intestinale. L'intervention sur l'intestin est inutile et par conséquent nuisible, elle a donné une mort sur cinq cas ; sur le calcul elle semble également dangereuse tout au moins au cours des accidents, la seule tentative faite fut mortelle. Au cas de complications associées comme l'anurie, il semble plus rationnel d'agir par cathétérisme et distension de l'uretère et du bassinet. Le traitement médical est donc de règle, le seul employé. Appliqué avec prudence et persévérance, il conduira à la guérison ; mais pour ce faire, ne l'oublions pas, un diagnostic précis s'impose, plus que jamais essentiel, puisque c'est lui qui armera ou arrêtera la main du chirurgien.

Vu : le Président de la thèse,
LOEPER

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

1865. *Henrot* (de Reims). — Des pseudo-étranglements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin. Thèse Paris, 1865.
1887. *Desnos*. — Deux observations d'étranglement intestinal nerveux au cours de la colique néphrétique (Union médicale, 111^e série, t. 43, 5 avril 1887, p. 535.
1889. *Le Dentu*. — Les affections des reins.
1891. *Legueu*. — Des calculs du rein et de l'uretère. Thèse Paris, 1891.
1901. *Israël*. — Chirurgische Klinik der Nierenkrank, p. 283, article lithiase. Berlin, 1901.
- *Sternberg*. — Troubles gastro-intestinaux de la lithiase rénale (Wiener Klin. Wochenschrift, t. XIV).
1903. *Guyon*. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Baillière et Fils. Paris 1903.
- Troubles digestifs dans les maladies du rein, t. I, p. 2 et t. II, p. 230-240.
1905. *Stewart*. — Les obscurités possibles du diagnostic dans les calculs du rein (The am journ. of med. soc., août).
1907. *Sourdille*. — Contribution à l'étude clinique de la lithiase rénale. Thèse Paris, 1906-1907, n° 135.
1908. *Ferrio*. — Diagnostic clinique des maladies internes, 1908.
1909. *Jeanbreau*. — Des calculs de l'uretère. Impr. Kerissey. Paris, 1909.
1911. *Pal*. — Sur quelques symptômes réflexes de la colique néphrétique (Wien. Med. Woch., 1911, n° 37, 2336).

1913. *Quenu*. — Des symptômes d'occlusion intestinale dans la colique néphrétique (Bulletin médical, 1913, n° 18, 5 mai, p. 207 et n° 19, 8 mars, p. 219).
- *Lebesconte (M.)*. — L'iléus fonctionnel. Thèse Paris, 1913, n° 304.
- *Thevenard*. — Coliques néphrétiques à symptômes d'occlusion intestinale (Société des chirurgiens de Paris, 1913, 11 juillet. Paris chirurgical, 1913, p. 702).
1914. *Loeper (M.)*. — Les manifestations de la colique néphrétique (Leçons de pathologie digestive, 1914, p. 236 à 269).
- *Huguier et Parvu*. — Sur un cas de spasme du transverse et du grêle consécutif à un calcul du rein et vérifié par l'intervention chirurgicale (Médecine moderne, fév. 1914, p. 5; Paris chirurgical, 1913, p. 682).
1916. *Eisendrath*. — Réflexe iléus of renal origin. (Surg. gynec. obst., June 1926).
1919. *Frugoni (G.)*. — Sur un syndrome particulier de pseudo-occlusion intestinale dans la lithiase urétérale (Il polinico (Sezione pratica). Roma, 2 nov. 1919, pp. 1285-1288).
1920. *Cecil (Arthur B.)*. — Abdominal pain in diseases of the Kidney and ureter (Journ. of the American medical association, nov. 6, 1920, LXXV, 19).
1921. *Vernet (M.M. Gil) et Gallart (F.)* (de Barcelone). — Nouvelle communication nerveuse entre les organes des appareils digestif et génito-urinaires (Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, année 1921, p. 105).
- *Wiese Hammer* (Philadelphie). — Difficulté du diagnostic en cas de calcul de l'uretère (Amer Journ. of Surgery, vol. XXXV, n° 11, nov. 1921, p. 348).
1922. *Bartrina (J.M.)* (de Barcelone). — Sur les phénomènes

- aits réflexes de l'appareil génito-urinaire (Journal d'Urologie, t. XIII, 1922, p. 337).
- *Guillaume (A.-C.)*. — Les occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin. Masson, 1922, p. 49.
1924. *Eisendrath (Daniel)*. — Uretéro-pyélographie dans les diagnostics abdominaux (Surgery Gynecology and obstetrics, t. 48, mai 1924, n° 5, 666-673).
1925. *Mitry*. — Anurie calculeuse et iléus réflexe guéris par la distension des bassinets (Soc. franç. d'Urol., 6 juillet 1925 ; Journal d'Urologie, 1925, p. 506).
- *Gayet et Ricard*. — Méga-uretère et lithiase rénale (Société de Chirurgie de Lyon, 3 déc. 1925 ; Lyon chirurgical, 1926, p. 225).
1926. *Ramond (L.)*. — La colique néphrétique (Leçons de clinique médicale pratique, 1926, p. 410, 5^e série. Vigot éditeur).
- *Martini (T.)*. — Digestive disturbances with calculi in the Kidneys (Archivos arg de Enf del ap Dig. Buenos-Aires, 1926).
1927. *Lucrì (T.)*. — La litiase rénale latente à type de gastro-entéropathie réflexe (Il Policlinico (sez chir) Rome, 1927, juillet, p. 345-348).
- *Gotlibieb (J.)*. — Etude clinique et diagnostic des affections uretérales (Zeits. f. urol. chir., n° 23, 1927, p. 390).
1928. *Ceconi (A.)*. — La malattia del ricambio ; diatesi litogene renali (Minerva médica, VIII, 1928, 7 avril, p. 831-845).
- *Lussana (S.)*. — Syndrome d'obstruction intestinale avec abcès lombo-illiaque dû à un calcul (Archives italiennes d'urologie, 4, 517-525, août 1928).
- *Ginsberg (H. M.)*. — Symptômes d'obstruction urétérale et les affections abdominales nécessitant une opération

qu'ils peuvent simuler (Medical journal and record New-York, 5 septembre 1928).

- *Kehl (H.)* et *Thomann (O.)*. — De l'expulsion des calculs des reins et de l'uretère. Zentr. f. Chir., n° 19, mai 1928, p. 1165.
- *Lissonskaja (S. N.)*. — Sur les causes du météorisme intestinal et de la dilatation aiguë de l'estomac après opération sur les reins (Archive des maladies des reins et des organes génito-urinaires, 1^{er} février 1928).

AUTRES OUVRAGES CONSULTÉS :

Marion. — Traité d'urologie.

Papin. — Chirurgie du rein.

Gilis (P.). — Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme. Edit. Masson, 1927.

Gosset, Léon Binet et Petit-Dutaillis. — Des injections de chlorure de sodium en solution hypertonique (Presse médicale, 5 janvier 1928).

Bonneau (Raymond). — Note sur la résorption toxique après libération de l'intestin étranglé. Action de la rachianesthésie (Journ. de Méd. et de Chirur. pratiques, 10 juillet 1929, art. 29382).

Sous presse, nous recevons la thèse du D^r Charles Clavel, Syndromes péritonéaux et gastro-intestinaux dans les affections chirurgicales du rein. Lyon, Impr. Bosc. et Riou, 1929.

551. — Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. 10-29
